DE

L'ABAISSEMENT DE LA CATARACTE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS ACTUELLES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Mars 1901

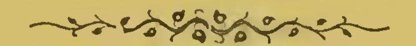
PAR

Émile DELORD

Né au Cailar (Gard), le 4 août 1874

Interne des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1898)
Lauréat de la Faculté de Médecine (Médaille d'argent. Concours 1897)
Externe des Hôpitaux (Concours 1895)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER
IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL
Éditeurs du Nouveau Montpellier Médical

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM MAIRET (✻)............... DOYEN
FORGUE.................. ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène..................................	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale..........................	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale......................	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie..........	GRYNFELTT.
— Charg. du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale..............	HAMELIN (✻).
Clinique médicale..........................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..........	MAIRET (✻).
Physique médicale..........................	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale..........	GRANEL.
Clinique chirurgicale......................	FORGUE.
Clinique ophtalmologique....................	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie................	VILLE.
Physiologie................................	HEDON.
Histologie.................................	VIALLETON.
Pathologie interne..........................	DUCAMP.
Anatomie...................................	GILIS.
Opérations et Appareils.....................	ESTOR.
Microbiologie..............................	RODET.
Médecine légale et Toxicologie................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants..............	BAUMEL.
Anatomie pathologique......................	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..............................	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	VIRES, agrégé.
Pathologie externe..........................	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale........................	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. PUECH.	MM. RAYMOND.
RAUZIER.	VALLOIS.	VIRES.
LAPEYRE.	MOURET.	L. IMBERT.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	H. BERTIN-SANS
DE ROUVILLE.		

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TRUC, *président.*	MM. LAPEYRE, agrégé.
FORGUE, professeur.	RAUZIER, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MERE

Faible témoignage de reconnaissance.

E. DELORD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TRUC

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

E. Delord

Arrivé au terme de ma scolarité, je tiens à exprimer à mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux ma respectueuse reconnaissance pour la bienveillance qu'ils m'ont témoignée.

En tête de ce travail, écrit sous son inspiration et que j'aurais désiré digne de lui, je place le nom de mon maître M. le professeur Truc, qui m'a admis depuis deux ans dans son intimité scientifique, et qui a eu pour moi les attentions les plus délicates. Je garderai toujours le vivant souvenir des heures passées dans son service, où la clarté d'exposition du professeur, l'esprit précis et méthodique du clinicien m'ont rendu son enseignement à la fois si agréable et si instructif. C'est à son école que j'ai appris également ces sentiments de délicatesse et d'humanité dont ne doit jamais se départir le médecin auprès des malades. Je ne pouvais mieux faire que de lui dédier ce modeste travail.

J'ai aussi une dette de reconnaissance envers mon maître M. le professeur Forgue. Depuis mon entrée dans les Hôpitaux, j'ai eu à trois reprises l'honneur d'être attaché à son service. Il m'a toujours témoigné beaucoup d'intérêt, et c'est bien à lui que je suis redevable des quelques connaissances générales que je possède en chirurgie.

J'ai eu la bonne fortune de rencontrer, au début de mes études médicales, deux maîtres, MM. les professeurs Rauzier et Lapeyre, qui ont bien voulu spontanément m'aider dans la préparation des concours. Je me souviens avec reconnaissance des heures d'études passées chez eux, de l'intérêt constant qu'ils m'ont témoigné et de leur amitié, qui me fut précieuse en bien des circonstances.

Dans les Hôpitaux, j'ai été successivement externe ou interne dans les services de médecine de MM. les professeurs Grasset, Mairet, Carrieu et Hamelin, et de MM. les professeurs-agrégés Brousse et Vires. A tous j'offre l'hommage de ma sincère gratitude.

Je ne saurais terminer sans exprimer mes regrets de quitter bientôt mes collègues de l'Internat et mes amis de la Clinique ophtalmologique, dans l'intimité desquels j'ai passé pendant quelques années des moments si agréables. J'en garderai toujours le plus précieux souvenir.

DE

L'ABAISSEMENT DE LA CATARACTE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS ACTUELLES

INTRODUCTION

Au mois de janvier 1900, une malade atteinte de cataracte entrait à la Clinique Ophtalmologique. Son état nerveux excessif avec stigmates d'hystérie, sa bronchite chronique provoquant des quintes de toux très violentes, préoccupèrent vivement notre maître M. le professeur Truc. Redoutant d'une part de graves accidents par l'extraction, d'autre part, poussé par la demande instante de la malade venue de loin pour être opérée à Montpellier, il eut la pensée d'employer, comme il y avait songé d'autres fois et suivant l'une des indications qu'il avait posées antérieurement dans ses *Nouveaux Eléments d'ophtalmologie*, une méthode opératoire aujourd'hui complètement délaissée et considérée même comme dangereuse par la plupart des chirurgiens actuels. L'Abaissement fut pratiqué avec succès opératoire excellent. Ses suites aussi furent parfaites et la malade sortait quinze jours après de l'hôpital avec une bonne acuité visuelle. La

malade a été revue plusieurs mois après ; aucun incident ne s'était produit, aucune douleur, et l'œil supportait très bien ce déplacement cristallinien.

En présence de tels résultats, M. le professeur Truc nous invita à étudier cette question si intéressante de l'abaissement de la cataracte ; d'ailleurs, cette observation fut rapportée par lui à la section ophtalmologique du dernier Congrès international de Médecine. On vit là des chirurgiens comme MM. Panas, Gayet, Dor, Hirschberg, etc., déclarer qu'ils n'avaient jamais abandonné cette méthode et qu'ils la considéraient comme une excellente opération qu'on pourrait souvent employer quand l'extraction présenterait des risques trop grands.

Il ne s'agit donc pas de réhabiliter cette méthode au détriment de l'extraction ; nous nous abstiendrons même, dans notre étude, du moindre parallèle avec cette dernière. Nous essaierons seulement de prouver que l'abaissement peut donner souvent d'heureux résultats, qu'il sera utile dans les cas où l'extraction ne pourra être prudemment employée et qu'il constitue en un mot une excellente opération d'exception.

Notre travail comprend les divisions suivantes :

Le premier chapitre est consacré à l'historique de la question ; nous nous efforçons de montrer les alternatives de faveur et de discrédit par lesquelles a passé cette méthode. Complètement délaissée pendant ces dernières années, elle paraît être remise en honneur par les chirurgiens qui, connaissant ses indications nettes et précises, l'emploient dans quelques cas.

Dans le deuxième chapitre, nous nous occupons du manuel opératoire de l'abaissement tel qu'il a été adopté et employé par les derniers chirurgiens qui se sont surtout occupés de la méthode. Nous signalons en même temps tous

les procédés employés autrefois et les raisons qui nous ont fait adopter la réclinaison.

C'est, en effet, le seul procédé que nous ayons en vue; toutefois il nous a paru bon de conserver comme titre de notre travail le mot d'abaissement, plus ordinairement employé.

Le troisième chapitre a trait aux complications opératoires et post-opératoires. C'est, à notre avis, une des parties essentielles de cette étude, puisque l'importance, la fréquence et la gravité de ces complications nous permettront de donner une appréciation générale, d'indiquer les résultats thérapeutiques, enfin de préciser les indications et les contre-indications de la méthode. Ces dernières questions feront l'objet des deux derniers chapitres.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'abaissement est la méthode opératoire la plus anciennement employée dans le traitement de la cataracte. Il est absolument impossible de fixer, même d'une façon approximative, le moment où elle fut employée pour la première fois. Le conte ridicule dont Pline, Elien et d'autres se sont faits les crédules narrateurs, semble bien une preuve de son ancienneté ; il concerne les chèvres, qui affectées de cataracte se guérissent parfois en se piquant l'œil avec un jonc épineux. Ce conte a pu répondre à certaines opérations de cataracte dont le souvenir avait totalement disparu du temps de Pline.

Quoi qu'il en soit, la description qu'en donne Celse nous montre que, dès lors, ce procédé était déjà arrivé à un certain degré de perfection. Celse emploie une aiguille *aiguë* et *pas trop fine*, *acus acuta et non nimis tenuis*, qu'on enfonce directement dans le point intermédiaire à la pupille et à l'angle externe de l'œil, vers le milieu de la hauteur de la cataracte. Une fois arrivé dans la cavité de l'œil, l'opérateur *incline* son aiguille et la *tourne* doucement vers la cataracte, qu'il abaisse peu à peu au-dessous de l'ouverture pupillaire ; puis, lorsqu'elle l'a dépassée, il appuie plus fortement sur la cataracte pour qu'elle se fixe dans la partie inférieure de l'œil ; si elle y reste, l'opération est terminée ; mais si elle

remonte, il faut la diviser en plusieurs fragments avec l'aiguille ; cela fait, on retire l'aiguille directement.

Il faut avouer que cette description est très exacte dans ses grandes lignes.

Pline nous apprend que quelques-uns obtenaient la dilatation de la pupille en faisant des frictions narcotiques autour de l'orbite.

Galien dit peu de chose de l'abaissement ; il insiste cependant sur l'intervalle qui sépare la cornée de l'iris; l'aiguille peut exécuter des mouvements en haut et en bas, en dehors et en dedans sans toucher ni l'un ni l'autre de ces organes. Il fournit, en plus, un détail nouveau sur le manuel opératoire ; le chirurgien ne doit pas se hâter de retirer l'aiguille après avoir abaissé la cataracte, mais, pour prévenir autant que possible sa réascension, il doit laisser son instrument en place jusqu'à ce qu'elle ait eu le temps de se fixer dans le lieu où on l'a déprimée.

Rhases donne une description semblable : on trouve ici la recommandation de souffler fortement dans l'œil pour faire dilater la pupille, pratique très usitée au moyen âge.

Cœlius Aurelianus fait seulement allusion à l'opération de la cataracte. Il compare ce qui se passe chez certains aliénés à ce que l'on observe « chez les individus auxquels on a fait la ponction des yeux pour des cataractes anciennes, lesquels, bien que la guérison soit complète, conservent un certain trouble de la vue parce qu'ils n'ont pas encore perdu l'habitude de ne pas y voir ».

Paul d'Egine donne aussi la description de l'opération, il introduit des détails nouveaux qui méritent d'être signalés. D'abord il marque d'avance le point de la sclérotique que l'on doit traverser avec l'aiguille. Il dit que l'opérateur peut apercevoir à travers la cornée transparente l'extrémité de l'aiguille parvenue devant la cataracte. De plus, si la réas-

cension se produit, il abaisse à nouveau sans recourir au broiement. Enfin, il laisse de côté l'aiguille fine de Celse et se sert d'une aiguille renflée à son extrémité.

Un peu plus tard, nous voyons que les *médecins arabes* se prononcent pour l'abaissement ; Alvicenne introduit à nouveau l'aiguille dans l'œil quand la cataracte s'est relevée, même après quelques jours. Albucasis fait la ponction en deux temps : le premier consiste à ouvrir la sclérotique avec le bistouri ; le deuxième à faire pénétrer l'aiguille dans l'œil entre les lèvres de l'incision.

Les *chirurgiens du moyen âge*, tels que Arculanus, Guy de Chauliac, etc., n'ajoutent rien à ce qu'avait décrit Paul d'Egine.

Ambroise Paré apporte une modification à l'aiguille ; il substitue à l'aiguille pointue de Celse, non plus une aiguille renflée à son extrémité, mais aplatie au contraire, « afin, dit-il, qu'elle entre plus aisément et abatte ladite cataracte ».

Aucune modification ne fut apportée à la méthode de l'abaissement jusqu'au commencement du XVIIIe siècle, où une nouvelle méthode opératoire vint partager avec elle la faveur des chirurgiens. Depuis Celse, tous les hommes de science avaient adopté l'abaissement comme méthode générale de l'opération de la cataracte ; « mais cette maladie était une de celles dont le traitement, comme celui des pierres de la vessie et des hernies, était tombé de bonne heure entre les mains des charlatans qui pullulaient à Rome et à Alexandrie et qui allaient de ville en ville chercher les occasions d'exercer leurs talents ». D'ailleurs, les chirurgiens de l'époque, Rhases, Avenzoar, Lanfranc, étaient peu enthousiastes de cette méthode opératoire.

Aussi, lorsque parut une nouvelle méthode opératoire, basée sur des données scientifiques exactes, l'abaissement fut-il en partie délaissé.

C'est par le passage du cristallin dans la chambre antérieure lors de l'abaissement, que Méry en 1707, et Petit en 1708, donnèrent l'idée de l'extraction. Mais tout l'honneur en revient à un chirurgien de la marine française, Daviel, qui, en 1752, rendit l'application générale. Cette nouvelle méthode, perfectionnée d'abord par La Faye, Poyet (extraction à lambeau inférieur), ensuite par Wenzel, Santarelli, Guérin (extraction à lambeau supérieur) allait toujours poursuivant le cours de ses succès, quand *Willburg*, en 1785, proposa la réclinaison de la lentille. Au lieu de la pousser directement en bas, il lui fait exécuter un mouvement de bascule qui tourne la face antérieure en haut et l'enfonce profondément dans le vitré. *Guillemeau* arrive au même résultat que Willburg, mais il récline de telle sorte que la face postérieure de la lentille regarde en haut.

Ces chirurgiens contribuèrent puissamment à ramener les idées vers la méthode de Celse. *Scarpa* vint ensuite ; il prit à tâche de venger l'abaissement des reproches qui lui étaient faits ; il le releva de sa ruine.

A partir de cette époque, les deux méthodes se trouvèrent en présence ; chacune d'elles compte des adhérents et des défenseurs parmi les plus illustres chirurgiens de l'époque. Hey, A. Dubois, Dupuytren, Richerand, Béclard, Cloquet, Lisfranc, Lusardi, Bouisson, Langenbeck, Sanson, Caron du Villards, etc., préconisent l'abaissement. A l'époque où Scarpa entreprend de faire triompher cette méthode, Wenzel fils préconise un nouveau procédé d'extraction (extraction oblique inférieure 1808) bientôt adopté par Boyer et Roux, Beer, Forlenza, Wardrop, Richter, Weller, Pamard, Maunoir, Demours, Rosas ; tels sont les défenseurs de l'extraction.

Dans les deux camps, pour montrer la supériorité de chacune des deux méthodes sur sa rivale, des statistiques excellentes sont invoquées tour à tour.

Nous n'aurions garde d'attribuer une trop grande valeur à toutes ces statistiques. On leur fait dire ce que l'on veut, et les chirurgiens doivent être accusés de partialité, eux qui, détracteurs ou défenseurs de l'abaissement, publiaient alors des résultats opératoires si parfaits. « Je suis obligé de vous déclarer, Messieurs, disait Gosselin dans une leçon clinique, que la plupart des statistiques sont exagérées.... » et Vidal de Cassis dit combien « les balances tenues par Dupuytren étaient peu justes ».

Signalons aussi, à cette époque (1806), une modification apportée au manuel opératoire. Elle consiste à introduire l'aiguille non plus par la sclérotique, mais par la cornée. Elle fut proposée par Buchhorn, qui désigne le procédé sous le nom de Keratonyxis. Ce procédé, déjà signalé cependant en quelques mots par Gleize et par Conradi, trouva quelque faveur en Allemagne, où Langenbeck et surtout Jæger se sont faits les champions du procédé.

Depuis cette époque, les résultats heureux de l'extraction ont été remarqués. L'Abaissement a perdu peu à peu du terrain et les chirurgiens ont décidément adopté l'extraction comme méthode générale d'opérer la cataracte. A Montpellier, en particulier, on avait laissé complètement de côté l'aiguille à cataracte, les charlatans seuls s'en servaient encore il n'y a pas 50 ans, abaissant des cataractes sur la place publique.

Ce discrédit jeté sur cette vieille méthode a été tel que de Græfe déclare que « ces malades, saisis des accidents de l'Abaissement, sont exténués et rapprochés visiblement de la tombe sans que l'organe pour lequel ils ont fait tant de sacrifices leur ait été rendu », que Foucher à l'hôpital Saint-Louis en parle « comme d'une de ces vieilles erreurs que nous ont léguées les âges précédents et que l'on s'étonne de voir consacrées par une si longue suite de siècles », et que

De Wecker ne consacre que quelques lignes à sa description, description qu'il donne encore comme à regret, et seulement parce que cette opération « a rendu la vue dans un certain nombre de cas ».

Mais l'Abaissement ne méritait pas un tel sort, et il devait survenir ici ce qui s'est produit pour un certain nombre de médicaments ou procédés opératoires qui, adoptés exclusivement pendant longtemps, puis jetés dans l'oubli le plus complet, renaissent ensuite et viennent occuper en thérapeutique le rang qui leur convient.

Déjà Deval, en 1844, pensait qu'il valait mieux chercher à déterminer les indications et les contre-indications propres à chacune des deux méthodes, au lieu d'essayer d'adopter l'une à l'exclusion de l'autre. « La question de prédominance entre les divers modes d'opérer est moins importante, ce me semble, que celle qui consiste dans la détermination des cas qui militent tantôt pour l'un, tantôt pour l'autre. Les procédés chirurgicaux ont, comme les agents pharmaceutiques, leurs indications et leurs contre-indications. Adopter un même moyen dans toutes les circonstances est une conduite irrationnelle ».

Les chirurgiens depuis Deval, éclectiques comme lui, sont nombreux, et les observations aujourd'hui sont multiples où l'abaissement, pratiqué alors que l'extraction était cliniquement impossible, a donné d'excellents résultats.

Déjà en 1875, Elias, sous le titre de « Réhabilitation de la Réclinaison », publie un petit travail dans lequel il énumère les indications cliniques de cette opération. « Faut-il, parce que l'extraction est quelquefois impossible, vouer pour toujours les malheureux souffrants à l'obscurité mortelle ? » L'italien Testa rapporte aussi dans ses cliniques des observations probantes.

Plus récemment, le mouvement en faveur de l'abaisse-

ment a été plus sérieux encore. Critchett, en 1883, et Haas, un Hollandais, en 1884, citent des cas où le succès fut complet ; ils pensent que cette méthode doit être employée quand les autres méthodes opératoires ont des contre-indications formelles. Rampoldi, 1886, cite trois observations intéressantes ; il s'agit de malades atteints d'éruptions furonculeuses, d'ozène, de bronchite chronique et de dacryocystite chronique, chez lesquels la réclinaison fut heureusement pratiquée. Dans ces dernières années, la question intéresse la plupart des chirurgiens, et les classiques donnent à l'abaissement la place qui lui convient. Panas pense que la technique de cette opération doit être toujours enseignée aux jeunes oculistes, et Truc et Valude écrivaient dans les « Nouveaux Eléments d'Ophtalmologie » :

« Il ne faut pas oublier que l'abaissement a rendu la vue à des millions d'aveugles, et le reléguer dans le silencieux domaine de l'histoire. On juge trop l'abaissement de seconde main par ses accidents avant la période actuelle ; l'antisepsie ne pourrait-elle modifier les anciens résultats ?... Cette méthode peut présenter encore, selon nous, une certaine utilité ».

Nous avons enfin, à citer, à part les communications de Barret en Angleterre, de Norrie en Suède et de Mader (1898) en Allemagne, celle de Valude à la « Société Française d'Ophtalmologie » en janvier 1899, et celle de M. le professeur Truc au Congrès de Médecine en juillet 1900. Valude avait eu, après une opération de cataracte par extraction, une hémorragie expulsive ; sur le point d'opérer l'autre œil, atteint aussi de la cataracte, il fit la réclinaison et obtint un succès très satisfaisant.

A. Terson, Parent, Vignes et Gorecki et d'autres oculistes présents à la séance sont unanimes à reconnaître dans quelques cas l'excellence de cette méthode. Enfin, au dernier

Congrès international de Médecine, M. le professeur Truc apporte deux observations récentes d'abaissement, faites chez des sujets nerveux, indociles, et atteints d'inflammation chronique des voies lacrymales ou des paupières. La discussion au Congrès devient générale, et, successivement, Panas toujours défenseur d'ailleurs de l'abaissement, qu'il a pratiqué assez souvent, Dor père, de Lyon, qui a employé très souvent cette méthode et cite trois cas récents, Gayet qui n'a jamais abandonné cette opération, dont il a de si nombreuses observations, Hirschberg, etc., tous s'accordent pour faire encore une place à cette vieille méthode, qui peut dans certaines circonstances rendre de si grands services, et donner quelque vision à de pauvres malades le plus souvent sans ressources, dans une grande misère physiologique, qui sans elle seraient, sous le coup de complications opératoires ou post-opératoires graves, de toute manière privés presque sûrement à jamais du sens de la vision.

CHAPITRE II

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'ABAISSEMENT

Instruments. — Avant d'entrer dans la description de ce manuel opératoire, il est naturel de nous demander de quels instruments nous pouvons nous servir.

Les instruments en usage sont connus sous le nom générique d'aiguilles.

Une tige grêle, terminée à l'une de ses extrémités par une pointe et adaptée par l'autre à un manche rectiligne, tel est leur aspect général. Ces aiguilles furent d'abord de simples tiges très coniques, mode de configuration qui leur permettait de pénétrer assez facilement dans le globe de l'œil et de s'opposer à la sortie de l'humeur aqueuse. Pour donner à l'aiguille plus de prise sur le cristallin, on aplatit sa partie terminale en la taillant en fer de lance. Enfin Scarpa, toujours préoccupé des difficultés de l'abaissement, infléchit la pointe de ces aiguilles sur leur axe, de manière à obtenir une courbure en rapport avec celle du cristallin et surmonta la concavité de cette courbure d'une crête, dans le but de prévenir le glissement de l'aiguille. Mais on s'est aperçu ensuite que la présence de cette crête avait le grand inconvénient de favoriser la pénétration de l'aiguille dans la cataracte, et Dupuytren la supprima. Dupuytren donne ainsi

à son aiguille tous les perfectionnements qui ont été successivement imaginés : 1° Une forme conique qui prévient la sortie de l'humeur aqueuse ; 2° Une extrémité aplatie et taillée en fer de lance qui lui permet d'agir sur la cataracte par une surface et non par un bord ; 3° Enfin une courbure qui se moule par sa concavité sur la convexité de la lentille. Ce dernier avantage n'est pas approuvé par tous et Beer a supprimé cette courbure à son aiguille. Ces deux dernières aiguilles ont joui d'une faveur égale ; ce sont les plus communément adoptées ; ajoutons qu'elles sont montées sur un manche taillé à pans et portant sur une des surfaces un point de repère qui correspond à l'une des faces du fer de lance.

Nous laisserons de côté la description de toutes les aiguilles qui ne diffèrent des précédentes que par de petits détails. Nous citerons cependant celle de Saunders, qui n'est autre qu'une aiguille à tricoter, aplatie à son extrémité pointue et tranchante sur ses deux bords ; l'aiguille bizarre de Voolusio, dont le manche est courbé de manière à pouvoir s'accommoder avec la saillie que forme la racine du nez, ce qui favorise ainsi les non ambidextres ; l'aiguille curieuse de Gerdy, qui se décompose en deux moitiés qui s'écartent angulairement lorsqu'elles sortent d'une gaîne commune, ce qu'on obtient en pressant sur un ressort ; enfin citons la double aiguille de Nuck, avec une aiguille aiguë et cannelée pour faire l'ouverture de la sclérotique ; l'autre aiguille à pointe mousse glissait dans la cannelure de la première et arrivait ainsi dans l'intérieur de l'œil. A ce moment, la première était retirée de l'œil et la deuxième abaissait la cataracte. Signalons en dernier lieu le procédé de Gensoul, de Lyon, suivi ensuite par Valude, qui, laissant de côté toute aiguille, se sert du bistouri pour inciser la sclérotique et ensuite de la curette pour faire la réclinaison.

Description de l'opération

L'opération de la réclinaison, que nous allons décrire, doit être divisée en cinq temps :

Dans le premier temps, l'instrument pénètre dans l'intérieur de l'œil ; dans le second, l'aiguille est mise en rapport avec la face antérieure du cristallin et de sa capsule ; dans le troisième, la capsule est déchirée ; dans le quatrième, le corps opaque est renversé et plongé dans le fond du bulbe ; dans le cinquième enfin, on retire l'aiguille.

Premier Temps. — Le malade est couché sur la table d'opération, ou dans son lit, la tête soulevée par des oreillers, placée en face d'une large fenêtre. L'œil cataracté a été soigneusement nettoyé la veille : nettoyage local et régional, en plus 2 ou 3 gouttes d'atropine placées dans l'œil L'opérateur se place en arrière s'il s'agit de l'œil droit, et à la gauche du malade s'il s'agit du gauche. C'est ce dernier cas que nous aurons spécialement en vue pendant notre description. L'aide tient l'écarteur, écarte les cils ; en somme, mêmes préparatifs que s'il s'agissait d'une extraction. Il est vrai qu'on pourrait se passer de l'écarteur, l'aide écartant les paupières, ou le chirurgien les écartant lui-même avec la main gauche. Il est encore vrai que cette opération a été faite plus souvent le malade étant assis que couché. Mais cette position expose à de grands risques qu'il est certes facile d'éviter.

Tous ces préparatifs étant terminés, et l'œil cocaïnisé légèrement, le chirurgien prend l'aiguille de la main droite comme une plume à écrire. Il l'approche du globe de l'œil dans une direction un peu oblique, de manière que la pointe soit plus élevée que le manche et que la concavité regarde

en bas ; les deux derniers doigts de la main qui tient l'instrument prennent un point d'appui sur la joue gauche du malade. Le chirurgien recommande alors au patient de regarder son nez, puis, profitant d'un moment d'immobilité absolue de l'œil, il fait pénétrer l'aiguille à travers la sclérotique par un simple mouvement d'extension des doigts. La ponction doit être pràtiquée à 4 millimètres en arrière de la circonférence de la cornée et à 2 millimètres au-dessous du diamètre transversal de l'œil. La sensation de résistance vaincue, et quelquefois une très petite goutte d'un liquide transparent, annoncent la fin de ce premier temps.

L'aiguille a traversé les diverses enveloppes du globe, savoir : la conjonctive, une couche fibreuse sous-conjonctivale ; au-dessous, la sclérotique, puis la choroïde et la zone de Zinn.

Deuxième Temps. — *Passage de l'aiguille dans la chambre postérieure.* — L'aiguille doit effectuer trois sortes de mouvements qui peuvent être simultanés pour un opérateur expérimenté, mais que nous décrivons à part :

a) Un mouvement de 1/4 de rotation par lequel l'aiguille change absolument sa disposition ; la face convexe, qui regardait tout à l'heure en haut, regarde maintenant en avant ; la face concave est tournée en arrière ; de ses deux tranchants l'un regarde en haut et l'autre en bas.

b) Une bascule de l'aiguille, telle que le manche se rapproche de la tempe et de l'oreille correspondante, tout en conservant sa position oblique, et que la pointe est amenée vers la partie inférieure et externe de la circonférence du cristallin.

c) Un mouvement de pénétration ; la pointe est poussée avec modération entre la capsule cristallinienne d'une part, et le corps ciliaire et l'iris d'autre part, jusqu'à ce qu'elle arrive

au bord interne de la pupille, au travers de laquelle on la voit briller de tout son éclat métallique. Le deuxième temps est terminé.

Ajoutons que ce lieu de passage de la pointe n'est pas admis par tous ; Nélaton le considère comme impossible : voie théorique, et voie dangereuse, dit-il, pour les procès ciliaires. Il vaut mieux carrément passer à travers la circonférence du cristallin; quel ennui peut-il y avoir à échancrer un organe « qu'on se propose de faire disparaître et pour la destruction duquel on introduit spécialement l'aiguille dans le globe de l'œil ». — Pendant ce dernier trajet l'aiguille traverserait en plus le feuillet postérieur de la capsule et son feuillet antérieur,

Alors commence le troisième temps, qui répond à la kystitomie dans l'extraction.

Troisième Temps. — *Déchirure de la capsule.* — On pousse tout d'abord l'aiguille dans la chambre antérieure pour être bien sûr qu'on ne se trouve pas entre le cristallin et la cristalloïde antérieure. Puis on fait exécuter à la pointe des mouvements de haut en bas et en arc de cercle, plusieurs fois répétés, afin de déchirer largement la capsule et d'éviter la formation d'une cataracte secondaire.

Quatrième Temps. — *Déplacement du cristallin.* — Le chirurgien applique ensuite la pointe de son instrument un peu obliquement sur la face antérieure du cristallin, au-dessus de son diamètre transversal. Il relève alors le manche en haut, en avant, et en dedans, à la seule fin de faire exécuter à l'extrémité de l'aiguille, en rapport avec le cristallin, un trajet inverse par lequel la cataracte est portée en bas, en arrière et en dehors. Celle-ci bascule donc sur son bord inférieur, et, réclinée d'avant en arrière, passe de la position verticale à la

position horizontale, et vient se loger dans la partie de l'œil comprise entre les muscles droit externe et droit inférieur.

Cinquième Temps. — *Retrait de l'aiguille.* — Quand le cristallin est abattu, on doit le tenir en place quelques instants, «par l'espace de dire une patenostre ou environ», disait A. Paré, afin de donner au corps vitré le temps de l'englober et d'empêcher la réascension. Puis le chirurgien relève doucement l'aiguille en lui imprimant quelques mouvements de rotation ; il la retire sans secousses, en lui faisant parcourir, en sortant, le même trajet qu'elle a parcouru en entrant, mais en sens inverse, et en lui donnant au moment de la sortie la même position qu'à la rentrée : des deux faces l'une regardant en haut, l'autre en bas.

Nélaton fait remarquer que, pendant la durée de chacun de ces temps, l'aiguille présente dans la main du chirurgien un levier du premier genre, qui a pour point d'appui l'ouverture de ponction de la sclérotique ; de là l'utilité de sa forme conique qui consolide ce point d'appui et lui permet d'exécuter les mouvements de bascule les plus variés.

Discussion des divers temps de l'opération

Le manuel opératoire que nous venons de décrire n'a certes pas toujours été adopté dans tous ses détails par les chirurgiens ; aussi tenons-nous à justifier plusieurs de ces détails que nous avons adoptés et qui ont, en l'espèce, une grande importance. Nous laisserons complètement de côté la description de tous les procédés imaginés par les chirurgiens depuis l'emploi de l'abaissement, discussion longue, dépourvue d'intérêt, qu'on retrouvera d'ailleurs soit dans la thèse de Nélaton, soit dans les Cliniques de Gosselin.

Comment et en quel point doit pénétrer l'aiguille dans l'œil ?

L'aiguille doit avoir une position horizontale; des deux faces, l'une regarde en haut, l'autre en bas, afin d'éviter la lésion de l'artère ciliaire longue, celle des nerfs ciliaires, et de ne diviser que le plus petit nombre possible des vaisseaux de la choroïde.

La ponction se fera à quatre millimètres en arrière de la circonférence de la cornée, afin d'éviter à coup sûr l'iris et les procès ciliaires; enfin, pour éviter les artères ciliaires, elle sera pratiquée à deux millimètres au-dessus ou au-dessous du diamètre transversal; on choisira plutôt la ponction au-dessous pour faciliter le quatrième temps de la réclinaison.

Il est temps de donner la description d'un procédé opératoire que nous avons seulement signalé et qui a trait à la pénétration de l'aiguille par la cornée transparente. C'est la kératonyxis: La ponction est faite de préférence au-dessous du diamètre transversal de la cornée et à trois ou quatre millimètres de son centre; les bords tranchants de l'aiguille sont dirigés l'un en haut, l'autre en bas, de manière à faire à la cornée une petite plaie verticale, et, aussitôt l'instrument introduit, ils sont replacés dans le sens transversal par un mouvement de rotation. Puis, la capsule étant déchirée, le manche de l'instrument est conduit obliquement en haut et en dedans; en même temps, la pointe de l'aiguille entraîne avec elle le cristallin en bas et en dehors. L'aiguille est ensuite retirée, parcourant en sens inverse le même chemin que précédemment. La ponction cornéenne expose à de véritables désastres: elle est peu commode d'abord pour récliner la cataracte, puisqu'elle agit sur elle par une pointe et non par une surface; elle crée dans tous les cas une porte toute grande à l'infection. Pour ces raisons, la kératonyxis est complètement délaissée depuis longtemps.

Quelques chirurgiens également pour faire arriver l'aiguille au devant du cristallin, ce qui constitue le deuxième temps,

ont passé par le bord supérieur du cristallin, d'autres ont déchiré d'abord la capsule postérieure avant de pénétrer dans la chambre postérieure. Mais il est préférable de suivre la voie inférieure et externe, puisque c'est de ce côté que viendra se caser tout à l'heure le cristallin quand nous l'abaisserons.

Nous arrivons à la question de la *déchirure de la capsule*, sujet si controversé pendant longtemps. Tout d'abord, faut-il déchirer la capsule ? Ou, en d'autres termes, l'« abaissement en masse » est-il possible ? Peut-on abaisser en même temps le cristallin entouré de ses deux capsules ? On sait, aujourd'hui, que pareil fait est impossible ; toujours la capsule, moins forte que ses adhérences à la zone de Zinn, se rompt à la pression de l'aiguille ; il est donc préférable de déchirer largement cette capsule pour faciliter la réclinaison et pour éviter de laisser des lambeaux susceptibles plus tard de s'opacifier.

Comment doit être faite cette déchirure? Nous laisserons Gosselin, Velpeau, Sanson et autres à leurs discussions oiseuses, au sujet de l'ouverture d'abord centrale, puis périphérique, ou commençant d'abord par la partie inférieure, etc. Il faut avoir assisté seulement à une seule opération d'abaissement, pour être convaincu que le chirurgien fait surtout comme il peut ; il suffit que la déchirure se fasse le plus largement possible.

Nous avons adopté pour le déplacement de la cataracte le procédé de la réclinaison. A dire vrai, deux autres procédés ont été préconisés : d'abord l'*élévation*, dont la première pensée vient de Pauly ; Hervez de Chégoin, puis Jobert l'ont aussi employée ; il s'agit de presser de bas en haut et de placer ainsi la cataracte à la partie supérieure et interne du vitré. Ensuite l'*abaissement direct* ; dans ce cas, l'aiguille est portée à la partie supérieure du cristallin, la concavité

tournée en bas; puis l'opérateur élève le manche, baisse la pointe qui fait descendre le cristallin. Finalement, celui-ci se place à la partie inférieure du globe oculaire; sa face antérieure étant devenue oblique inférieure et sa face postérieure oblique supérieure. — Ce dernier procédé, qui n'est en somme, si on me permet cette expression, qu'une réclinaison en avant, expose à la réascension du cristallin et à l'irritation des procès ciliaires. — Aussi resterons-nous fidèles à la réclinaison, qui, de tous les procédés, a été le plus employé.

CHAPITRE III

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS DE L'ABAISSEMENT

Il n'est peut-être pas de méthode ou procédé opératoire dont on ait exagéré les méfaits davantage que pour l'abaissement. La liste de ses accidents et de ses complications sera donc longue, pour être complète; nous aurons ensuite à apprécier l'importance et la fréquence de chacune.

Ces complications seront opératoires, ou post-opératoires.

Celles-ci pourront être à leur tour immédiates, ou éloignées.

Accidents et complications opératoires

Le premier temps de l'opération est d'une simplicité banale : enfoncer une aiguille fine à travers la sclérotique par un simple mouvement d'extension des doigts n'a rien de difficile.

Les accidents pourront venir ici de l'indocilité du malade ou de la maladresse de l'opérateur, qui n'a pu faire la ponction en son point d'élection.

A-t-on ponctionné sur le diamètre transverse et trop en arrière, on est exposé à blesser l'artère ciliaire longue ou l'une de ses branches, et à déterminer une hémorragie,

épanchement d'habitude peu abondant, s'écoulant par la plaie, mais qui dans certains cas peut gêner les autres temps de l'opération.

Si la ponction est faite au-dessus du diamètre transverse, l'abaissement est très difficile, le point d'appui du levier est trop haut. Si d'autre part elle est faite trop au-dessous à 4 ou 5 millimètres, la direction de l'aiguille étant trop oblique, on pourra porter le cristallin en dedans et en bas, mais non en dehors et en bas. Enfin, l'instrument a-t-il été plongé dans l'œil trop près de la circonférence de la cornée, on est exposé à léser le corps ciliaire et à embrocher le cristallin; on serait averti de ce dernier accident par la difficulté de faire manœuvrer l'aiguille et par les mouvements imprimés à la cataracte. La blessure du corps ciliaire, d'autre part, provoquerait de vives douleurs et une hémorragie dans le vitré. Tous ces accidents seront évités, si l'opérateur porte lentement son aiguille au point d'élection et fait brusquement la ponction.

Le passage de l'aiguille du corps vitré dans la chambre postérieure est un temps très délicat, car l'œil de l'opérateur ne contrôle pas les mouvements de l'instrument. Celui-ci se porte-t-il trop en arrière, le cristallin est embroché en son milieu; si la cataracte est demi-molle, nous avons vu qu'il n'y avait aucun inconvénient à ce que l'aiguille traverse les parties périphériques. Il n'y a pas, non plus, accident opératoire, comme on l'a dit souvent, si elle chemine entre la cristalloïde antérieure et le cristallin; le chirurgien s'aperçoit de la situation de l'instrument, quand sa pointe arrive au niveau de la pupille. En revanche, si l'aiguille se porte trop en avant, ce qui se produit si le chirurgien relève trop le manche en arrière vers la tempe, le corps ciliaire d'abord peut être lésé, mais l'iris aussi peut être blessé; aussitôt, des gouttelettes de sang paraissent sur l'iris, la

pupille se resserre brusquement, et la pointe de l'instrument se montre brillante dans la chambre antérieure. Ces derniers accidents sont plus graves que les premiers et l'opérateur devra se garder avant tout de la lésion des procès ciliaires et de l'iris.

Mais voici le temps essentiel qui va commencer. Après déchirure de la capsule, le chirurgien fait la *réclinaison*. Il peut se trouver ici en présence de particularités anatomiques qu'il aurait certes, dans une grande mesure, pu diagnostiquer par avance et qui vont le gêner considérablement.

On peut diviser, au point de vue de leur consistance, les cataractes en quatre groupes, suivant qu'elles sont liquides, molles, demi-molles ou dures. Dans le premier cas, la réclinaison est naturellement impossible ; l'aiguille ouvrira seulement le sac cristallinien ; à ce moment, le liquide contenu sortira à travers la déchirure, se répandra dans la chambre antérieure ; le chirurgien aura fait *une discision*.

Si nous nous trouvons en présence d'une cataracte molle en totalité, sans noyau, comme on en voit quelquefois chez les jeunes sujets, notre aiguille appuyant sur un corps d'une consistance si visqueuse, si gélatineuse, ne pourra le mobiliser en masse et le pénètrera ; l'instrument divisera la cataracte autant de fois qu'il appuyera sur chacune de ses parties, et nous aurons fait *le broyement* de la cataracte. Si, toutefois, au milieu de ces masses molles se trouvait un noyau gros et consistant, celui-ci seul pourrait être entraîné au fond du globe. Enfin, la cataracte est-elle uniformément dure, l'aiguille aura une prise solide et réclinera sans difficulté un tel cristallin. C'est le cas idéal, le plus favorable, le plus facile pour la réclinaison.

Cependant, il peut survenir des cas où, même avec une cataracte lenticulaire complète, dure, sans masses molles, l'opérateur se trouve en présence de grandes difficultés. Nous

voulons parler de la *Luxation* de la cataracte dans la *chambre antérieure*. Cette complication, survenant dans le cours de l'opération, a été observée souvent ; voici, dans le nombre, deux circonstances où elle fut observée à Montpellier : En 1870, salle Saint-Eloi, Moutet, pratique l'abaissement d'une cataracte lenticulaire double survenue progressivement en 5 ans, chez un sujet vigoureux de 65 ans. « Après avoir fait parvenir l'aiguille jusqu'au bord supérieur du cristallin, l'opérateur essaye d'abaisser la lentille ; celle-ci échappe en avant, à travers la pupille largement dilatée, et vient se loger dans la chambre antérieure. L'opérateur pousse alors un peu en avant la pointe de l'aiguille, passe en avant du cristallin, et parvient à le repousser en arrière de l'iris. Passé une deuxième fois dans la chambre antérieure pendant de nouvelles tentatives d'abaissement, le cristallin est de nouveau de la même manière ramené derrière l'iris. L'accident s'étant produit une troisième fois, il devint impossible de ramener le cristallin à sa place ». Moutet pratique alors la kératotomie inférieure.

Même accident arriva à Bouisson en 1867. « Au moment où l'aiguille a été appliquée sur la face antérieure du cristallin pour en faire la réclinaison, le bord inférieur s'est porté en avant, et le cristallin, en pressant sur ce bord, a basculé et a passé dans la chambre antérieure..... Le noyau est resté dans la chambre antérieure ; le malade a vu le jour pendant l'opération... Quelques semaines après, la résorption du cristallin est presque complète ; on aperçoit à peine un très petit noyau au fond de la chambre antérieure. Les conditions qui paraissent prédisposer à cette luxation sont les suivantes : d'abord une large dilatation de la pupille ; en second lieu, des synéchies postérieures qui rendent laborieuse la sortie de la cataracte du sac cristallinien, une pression mal faite de cette cataracte, surtout une

pression trop haute qui produit un mouvement de bascule au lieu d'un mouvement de transfert d'avant en arrière ; enfin une consistance exagérée du vitré, dont les diverses parties ne se divisent point pour recevoir le cristallin ; cette dernière particularité avait fait naître, chez quelques chirurgiens, la pensée de déchirer à l'avance les cellules hyaloïdiennes, afin de préparer une loge, de faire un nid à ce cristallin. Petit, Ferrier, Pellier de Quengsi, ont surtout préconisé cette précaution opératoire. Nous pensons de même qu'un tonus exagéré de l'œil doit prédisposer à cette complication.

Enfin, pour terminer la liste des accidents et complications opératoires, voici un accident qui s'est produit chez un des malades opérés récemment à la Clinique de Montpellier ; c'est la réascension immédiate de la cataracte, alors même que l'aiguille se trouve encore dans l'œil, et au au moment où cesse la compression exercée de haut en bas par l'instrument. Scarpa disait qu'une cataracte bien abaissée ne devait pas remonter immédiatement ; c'est cependant un accident opératoire assez fréquent. Le chirurgien, dans ce cas, recommence la réclinaison, et attendra quelques instants avant de retirer l'aiguille.

Nous ne citerons que pour mémoire la blessure de la rétine, à la suite de pression exagérée ou de fausse manœuvre de l'aiguille, et le passage du cristallin entre la rétine et la choroïde, l'écoulement abondant du sang dans le vitré.

Ces complications sont d'une rareté si exceptionnelle qu'elles méritent à peine d'être mentionnées.

Telles sont les diverses complications opératoires de l'abaissement. Si nous voulons apprécier leur fréquence et leur gravité, nous dirons, d'abord, que le manuel opératoire est tout simple ; après de courtes études, quelques séances de médecine opératoire, un chirurgien pourrait

tenter un abaissement. Les accidents sérieux sont rares : la réascension sans doute peut se produire, mais l'aiguille n'est pas encore sortie de l'œil, l'opérateur pourra récliner à nouveau la cataracte Enfin, si la cataracte se luxe en avant dans la chambre antérieure, complication plus grave mais tout à fait rare, l'opérateur pourra, à nouveau, fréquemment tirer en arrière avec son aiguille, cette cataracte ; d'ailleurs, il pourra souvent éviter cette complication, en ayant soin, ce qui est facile avec l'aiguille, de rompre au préalable les synéchies postérieures qui peuvent exister.

La plaie est refermée en deux ou trois jours ; jamais de retard de cicatrisation, ni de cicatrice cystoïde.

Cependant, nous faisons ici une restriction et nous établissons une différence entre les cataractes complètes et dures en totalité, et les cataractes demi-molles. Pour les premières, tous les temps de l'opération sont simples et faciles, la réclinaison se fait sans difficultés, et le cristallin opaque s'incline et disparaît en arrière, comme par enchantement, découvrant, à la place, une pupille très noire, d'une pureté idéale.

Mais s'agit il de cataractes demi-molles, la réclinaison est au contraire difficile. Le noyau, certes, s'abaisse sans peine, mais l'aiguille a peu de prise sur les masses molles, qui se brisent sans s'abaisser, elle fait du broiement.

C'est à propos de ces cas difficiles que les partisans mêmes de la réclinaison, faisant un parallèle avec l'extraction, ont pu dire (Thèse de Félix) :

« L'abaissement est plus facile et plus commode, mais quand on introduit une aiguille dans l'œil, on n'est jamais sûr de pouvoir abaisser. Dans l'abaissement, le chirurgien ne fait que ce qu'il peut ; dans l'extraction il fait, en général, ce qu'il veut. Si donc la première méthode est plus facile, elle est moins certaine, la seconde est plus difficile, elle est en même temps plus réglée. »

En réalité, le manuel opératoire est parfaitement réglé, si le diagnostic de consistance a été posé et si on réserve la méthode pour les cataractes dures.

Une autre raison, peut-être un peu théorique, nous pousserait à faire l'abaissement seulement dans ces derniers cas, c'est : outre l'absence de gonflement de masses molles qui peuvent produire plus tard des poussées glaucomateuses, la crainte de la réascension : une cataracte complète et dure en totalité restera plus facilement au fond du vitré, protégée par la consistance de ce dernier, qui la maintiendra au fond du globe oculaire.

Complications post-opératoires

Infection. — Une des complications les plus fréquentes après les opérations de la cataracte en général est certes l'infection. Mais ici l'extraction doit en revendiquer une part considérable en comparaison de l'abaissement. Combien de germes, en effet, combien d'éléments septiques sont susceptibles de pénétrer dans l'œil avec une curette, un kystitome et même de pénétrer après l'opération à travers une large plaie cornéenne ou scléroticale recouverte ou non de lambeau conjonctival ? Au contraire, quelle petite voie d'entrée à l'infection que la légère ouverture que fait à la sclérotique une perforation avec l'aiguille fine, l'unique instrument employé pour la réclinaison. Cela est si vrai que bien des chirurgiens ont pu faire de nombreux abaissements sans observer cette complication ; aussi voyons-nous quelques auteurs la mentionner à peine et la considérer comme bien secondaire, Scarpa et Monteggia ne s'arrêtent pas à la description de cet accident ; ils parlent seulement des phénomènes nerveux et gastriques qui accompagnent quelquefois

l'opération. Samuel Cooper, Boyer et un grand nombre d'autres ne s'en occupent pas davantage.

Il est vrai de dire que, en revanche, d'autres chirurgiens en parlent longuement, Girin entre autres, en 1836, mais on peut affirmer *a priori* que, si l'extraction avait été pratiquée à cette époque, c'est-à-dire au moment où on ne connaissait pas les règles, aujourd'hui banales, de l'asepsie et l'antisepsie les chirurgiens auraient eu de véritables désastres. Pour cette raison d'ailleurs, l'extraction vantée par Daviel fut loin d'obtenir tous les suffrages au temps de Scarpa. Nous pouvons donc conclure qu'aujourd'hui, avec les conditions d'antisepsie instrumentale et oculaire qui sont à notre disposition, l'abaissement est l'opération idéale au point de vue des risques d'infection.

Nous devons toutefois étudier soigneusement cette complication, car enfin, nous le dirons tout à l'heure, ce n'est pas avec des yeux en bon état, atteints de cataracte simple, sans complications oculaires locales ou régionales, que nous emploierons l'abaissement ; mais bien dans les cas difficiles à dacryocystite rebelle ou conjonctivite chronique incurable, que nous aurons recours à cette méthode. Ici nous aurons à compter avec l'infection.

Les formes que revêtira cette inflammation de l'œil seront très variables. Elles se présenteront le plus souvent, sous forme d'iritis ou d'irido-cyclite. Les auteurs signalent fréquemment l'iritis, iritis léger comme on en voit quelquefois après l'extraction, où elle est souvent liée à la présence de débris cristalliniens, ou iritis grave avec violentes douleurs et exsudats pupillaires nombreux. Enfin, on voit encore l'irido-cyclite, forme dangereuse d'inflammation, qui se produit avec exsudation abondante, hypertonie, douleurs vives et quelquefois perte plus ou moins complète de la vision. Enfin, dans quelques cas on a observé ds véritables panophtalmies.

Nous signalons plus loin l'observation d'un malade atteint de cataracte demi-molle, qui fut opérée par abaissement. Cet abaissement ne put être pratiqué que sur le noyau, et les masses cristalliniennes restèrent nombreuses au devant de la pupille. L'aiguille avait dû être placée à deux reprises. Une irido-cyclite se déclara quelques jours après l'opération, forme grave avec hypertonie et douleurs violentes, qui aboutit à la perte absolue de la vision et nécessita l'énucléation à brève échéance.

Quoi qu'il en soit, ces complications se produisent quelques jours après l'opération. Elles ont une durée variable et sont bénignes comme l'iritis léger, graves comme l'irido-cyclite.

Les causes prédisposantes de l'infection peuvent venir de l'opérateur ou du malade. L'opérateur pique-t-il, déchire-t-il l'iris ? Celui-ci présente dès lors une résistance moindre aux éléments microbiens. De même, si l'opérateur maladroit est obligé de répéter plusieurs fois la réclinaison, d'augmenter la durée de l'opération ou de faire pénétrer à plusieurs reprises son instrument dans l'œil.

D'autres causes viennent du malade. Celles-ci peuvent être relatives à la nature de sa cataracte. Il paraît aujourd'hui admis que la réclinaison d'une cataracte dure, sans masses molles, non seulement est facile, mais encore s'accompagne rarement d'infection. Au contraire des masses molles qui s'abaissent mal et restent en partie au-devant de la pupille sont des causes prédisposantes à l'infection post-opératoire

Nous en arrivons à la cause la plus banale de l'inflammation oculaire, celle qui constituera justement le plus souvent l'indication opératoire. C'est une conjonctivite chronique difficile à guérir, une conjonctivite granuleuse ou lacrymale, une blépharite rebelle, une dacryocystite purulente incurable ; c'est encore, en dehors de ces conditions locales

d'apport microbien, des conditions d'ordre régional (ozène, éruptions furonculeuses) ou général (suppuration chronique intarissable produisant l'infection métastatique.)

Réascension de la cataracte. — Il est une autre complication susceptible de se produire non seulement au moment de l'opération, nous en avons déjà dit quelques mots, mais aussi et surtout dans les 15 à 20 jours qui suivent l'Abaissement. C'est la réascension de la cataracte.

Voici comment elle se produit. L'opération était déjà faite avec succès ; les suites aussi étaient bonnes, lorsque, cinq à six jours après, on s'aperçoit que la pupille est oblitérée par une masse opaque. Le malade n'a rien senti d'anormal du côté des yeux ; toutefois, interrogé soigneusement, il nous apprend qu'il a fait la veille des efforts ou une chute, des mouvements brusques.

C'est ainsi que s'est présentée la réascension dans la plupart des observations de Ceccaldi sur des malades opérés à Montpellier par Bouisson et Bourdel. En dehors de ces cas fréquemment observés, s'en trouvent d'autres plus rares, mais dont l'importance est considérable, vu leur rapport avec la question de l'absorption de la cataracte que nous étudierons plus tard.

Beer cite une observation dans laquelle le cristallin remonta au bout de 30 ans. Janin cite un malade qui fut opéré quatre fois en 9 ans. Hey pratiqua six fois l'abaissement pour un œil. Richter rapporte une observation où la réclinaison fut faite cinq fois chez le même individu. Enfin Tuffet a vu une réascension se produire dix mois après l'opération. Ces derniers cas sont de rares exceptions, et on peut presque affirmer que, si une cataracte n'est pas remontée au bout de trois ou quatre semaines, elle est définitivement fixée au-dessous de l'axe visuel.

Sous quelle influence se produit cette réascension ? C'est le plus souvent à la suite d'un effort. Le malade est atteint de bronchite avec quintes de toux violentes, ou bien il est pris de vomissements nombreux avec efforts pénibles. Ou bien il a repris trop tôt ses occupations et s'est livré à un travail trop fatiguant.

On a noté encore l'inclinaison brusque de la tête de haut en bas, et également les attaches de la cristalloïde antérieure avec l'iris : cette dernière particularité favorise plutôt la réascension pendant l'opération, ainsi qu'il résulte d'une observation de Ceccaldi.

« Avant l'opération, la pupille se contracte lentement et irrégulièrement, ce qui fait supposer quelques adhérences... La cataracte, abaissée par l'aiguille trois fois de suite, remontait toujours, attirée qu'elle était par une adhérence siègeant à la partie inférieure et externe du diaphragme irien. Après que le cristallin a été abaissé d'une manière définitive, il a fallu détacher un fragment de cristalloïde, qui adhérait à la partie inférieure de l'iris et flottait dans le champ pupillaire ».

Un malade atteint d'hypertrophie prostatique fut opéré de cataracte par abaissement à la Clinique de Montpellier. Il fut pris, douze jours après l'opération, d'une crise de rétention pendant la nuit. Cette crise lui provoqua de vives douleurs et des efforts considérables ; le lendemain, la cataracte était remontée.

Ajoutons que, très vraisemblablement, ces diverses causes sont purement occasionnelles ; presque toujours on constate des altérations du corps vitré ; la réascension se produit parce que le vitré n'oppose pas une résistance suffisamment grande ; il est dégénéré, presque liquéfié. Chez le prostatique dont nous venons de parler, qui plus tard luxa sa cataracte dans la chambre antérieure, la kératotomie pour extraction

de cette dernière donna lieu à l'issue abondante de vitré complètement liquide.

Il est certes facile de constater si la pupille est occupée à nouveau par la cataracte ; mais il faut savoir que le plus souvent la réascension est incomplète, le cristallin n'atteignant pas la place qu'il occupait d'abord ; de plus, la cataracte peut seulement remonter en partie, quelques fragments détachés de la masse cristalline abaissée venir seuls occuper le champ pupillaire. Mais, dans cette dernière circonstance, on a souvent pris pour des réascensions partielles des débris cristalliniens laissés pendant l'intervention opératoire, ou des cataractes secondaires. Il faudra y songer.

Quelle est la conduite à tenir en présence de cette complication ? Déjà Ambroise Paré avait donné un avis judicieux. « Si la cataracte remontait, faudrait derechef la rabattre vers le petit canthus tant de fois qu'elle y demeure et ici noteras qu'en faisant telle chose, se faut bien donner de garde de toucher à l'humeur cristallin ». Il faut, en effet, prendre l'aiguille à nouveau, pénétrer dans l'œil par la sclérotique et recommencer la réclinaison, en ayant soin d'attendre quelques instants avant de retirer l'aiguille, en maintenant la cataracte au fond du globe oculaire.

Luxation dans la chambre antérieure. — La luxation de la cataracte dans la chambre antérieure, que nous avons déjà signalée parmi les accidents opératoires, constitue encore une complication post-opératoire d'une gravité parfois exceptionnelle.

Brusquement, et sous l'influence des mêmes causes qui peuvent amener la réascension de la cataracte, efforts pendant le travail, après une quinte de toux, etc., le malade sent une vive douleur dans l'œil ; la douleur s'exaspère, devient intolérable, et le chirurgien, appelé, constate une

masse volumineuse, grisâtre, occupant tout ou partie de la chambre antérieure. Il se peut, en effet, que l'iris, contracté spasmodiquement en arrière de la cataracte, ferme la chambre antérieure ; d'autres fois, l'iris, par une de ses parties, touche un des bords de la cataracte, et la cataracte se trouve incomplètement luxée ; cette luxation se produit donc sans qu'il soit possible de la prévoir, chez un sujet à vitré fortement dégénéré avec une cataracte sujette souvent à remonter. Elle peut survenir longtemps après l'opération, et, comme la réascension, elle a pu se produire après plusieurs années.

Que faut-il faire lorsque la cataracte passe en entier dans la chambre antérieure ? On sait que c'est à un accident semblable que l'on doit la découverte de l'opération de la cataracte par extraction. La conduite à tenir en pareil cas est souvent fort embarrassante Si, voulant sortir d'embarras, on consulte les vieux auteurs qui se sont trouvés en présence de pareil accident, on trouve des avis partagés. Petit, Saint-Yves et Daviel ont toujours extrait le cristallin en pareil cas. Scarpa dit avoir été obligé aussi d'extraire le cristallin pour faire cesser les douleurs. Lawrence et Boyer, puis Mackenzie, considèrent comme la meilleure pratique d'extraire immédiatement. D'autre part, Sabatier disait : « Si le cristallin n'occasionne aucun accident, il convient d'abandonner à la nature le soin de le faire disparaître, six semaines à un mois suffisent ordinairement pour son absorption, mais, si sa présence était gênante, il faudrait inciser la cornée et extraire le corps étranger ». De son côté, Dupuytren, dans un cas analogue, cherche toujours à saisir le cristallin par sa partie antérieure, sans sortir son aiguille de l'œil si elle y est déjà et en l'introduisant par la sclérotique s'il l'a déjà retirée ; le cristallin, saisi, est ramené dans la chambre postérieure et abaissé. Enfin, Sichel fait la

kératonyxis et réduit le cristallin dans le corps vitré. En somme, l'expectative, l'extraction et la réduction de la cataracte dans le vitré, se sont partagé les préférences des vieux chirurgiens.

Aujourd'hui, dans les cas de luxation spontanée de cataracte dans la chambre antérieure, tout le monde s'accorde à dire qu'il y a plus à perdre qu'à gagner à garder l'expectative, et l'extraction s'impose ordinairement. Toutefois, les mêmes raisons qui nous auront fait abandonner l'extraction chez notre malade pour choisir la réclinaison, existeront encore et nous feront hésiter devant un large lambeau cornéen, brèche ouverte à l'infection.

Il nous faut, avant de résoudre la question, aborder deux questions essentielles : celle des inconvénients qui peuvent résulter de la présence d'une cataracte dans la chambre antérieure, l'autre, celle de l'action dissolvante de l'humeur aqueuse sur les masses cristallines.

Il est probablement sans exemple que le cristallin puisse passer dans la chambre antérieure sans y déterminer au moins une certaine inflammation, soit de l'iris, soit de la cornée, mais dans certains cas, l'inflammation se calme assez promptement, et cesse tout à fait lorsque le corps étranger a perdu une notable partie de son volume. On voit alors le cristallin, réduit au quart ou au cinquième de son volume ou même à une proportion beaucoup plus petite, séjourner impunément au devant de l'iris sans empêcher la vue, c'est-à-dire en la permettant, jusqu'à ce qu'enfin la disparition de la lentille absorbée devienne complète. On sait, à n'en pouvoir douter, depuis les travaux de Scarpa, que le liquide de la chambre intérieure possède un pouvoir absorbant beaucoup plus actif que l'humeur vitrée, dans laquelle on plonge le cristallin par la réclinaison. C'était un précepte, quand on abaissait une cataracte molle qui s'était divisée sous la pres-

sion de l'aiguille, de repousser dans la chambre antérieure, où ils seraient plus tard absorbés, les fragments de cristallin qui ne pouvaient pas s'abaisser. Les auteurs de l'article « Cataracte » du Dictionnaire de Médecine disent que l'on peut sans inconvénient faire passer une cataracte molle en entier dans la chambre antérieure, et ils ajoutent avoir vu employer ce procédé plusieurs fois avec succès. Le pouvoir absorbant de l'humeur aqueuse a même été regardé comme si actif que Hey n'a pas craint de dire que, si on pouvait dans tous les cas de cataracte, faire passer le cristallin à travers la pupille dans la chambre antérieure sans blesser l'iris, ce serait le procédé le plus avantageux pour pratiquer l'opération. Ceci est certainement exagéré, mais il résulte, des cas opérés par Hey et Dubois, que des cristallins entiers ont pu séjourner devant l'iris et y être absorbés sans grands accidents.

On pourrait encore, à l'appui de cette opinion, citer les cas dans lesquels le cristallin, s'étant porté *spontanément* dans la chambre antérieure, a pu y séjourner sans avoir nécessité une opération d'extraction et a fini par disparaître. Ces cas montrent que le cristallin opaque se fond plus vite dans l'humeur aqueuse que dans le corps vitré, qu'il suffit souvent de dix-huit mois, deux ou trois ans, pour en faire disparaître toute trace dans la chambre antérieure, tandis qu'on peut le retrouver en entier dans le vitré après de nombreuses années.

Nous avons vu, nous-même, dans la Clinique du professeur Panas, à l'Hôtel-Dieu, un œil aphaque dans la chambre antérieure duquel on voyait, à la partie inférieure, un petit corps grisâtre, parfaitement toléré; restes de la cataracte anciennement luxée en avant.

Toutefois, il y a lieu de tenir compte ici, plus qu'on ne l'a fait, de la densité du cristallin.

Il est positif, en effet, que sa disparition sera d'autant plus sûre et plus prompte qu'il sera plus mou au moment de l'opération. Un cristallin dur, au contraire, demandera beaucoup plus de temps et exposera à plus de dangers. Il est possible même que, mise à part la durée du séjour dans la chambre antérieure, un cristallin dur détermine une inflammation plus intense.

En somme, la règle de conduite sera la suivante : tant que l'aiguille est dans l'œil, il faut toujours tenter d'accrocher le cristallin et de le ramener en arrière pour l'abaisser. Mais, si l'on ne peut y parvenir, le plus souvent par cause de mollesse excessive du cristallin, on doit l'abandonner et attendre les événements.

De même, si la luxation se produit quelque temps après l'opération, il ne faut pas se presser d'intervenir. Il faudra complètement laisser de côté « l'opération de Dupuytren »; porter l'aiguille à travers la cornée dans la chambre antérieure et réduire le cristallin en arrière, n'est pas toujours un procédé réalisable. Debrou, qui a étudié spécialement cette complication, rapporte plusieurs observations où il s'est trouvé aux prises avec cette difficulté. Il faut donc attendre, en prescrivant des mydriatiques et le décubitus dorsal Dans les cas seulement où l'inflammation sera trop vive, les douleurs intolérables, non diminuées par les calmants locaux et généraux habituels, il faudra faire l'extraction ; on ne s'y décidera que comme à un pis aller, lorsque tout espoir est perdu de conserver la vision et qu'il faut enlever une cause inflammatoire. Une telle extraction, faite sur des yeux ainsi irrités, atteints d'ailleurs bien souvent d'inflammation chronique des conjonctives ou des voies lacrymales, sera, outre les difficultés opératoires bien connues en pareil cas, une cause d'infection nouvelle par la plaie cornéenne qu'elle créera, et de toutes manières l'avenir fonctionnel de l'œil est fortement compromis.

Cataracte secondaire. — Signalons ici sans trop y insister la formation possible d'opacités cristalliniennes secondaires. Cette cataracte est encore plus fréquente après l'abaissement qu'après l'extraction. Comment faire, en effet, l'ablation d'une capsule épaisse par la méthode d'abaissement? Est-on sûr d'avoir divisé assez largement cette cristalloïde antérieure? De plus, a-t-on affaire à une cataracte demi-molle, comment l'aiguille va-t-elle abaisser ces masses si peu résistantes, et celles-ci ne vont-elles pas constituer plus tard des cataractes secondaires? A priori, c'est la pensée toute naturelle qui découle de l'étude de cette opération; cependant les auteurs ne semblent pas avoir signalé cette complication plus souvent qu'après l'extraction; certes les partisans de l'extraction n'auraient pas oublié de faire ce reproche aux partisans de la méthode de Scarpa, au moment des discussions entre les deux groupes d'opérateurs.

L'infection de l'œil, la réascension de la cataracte, sa luxation dans la chambre antérieure, sont des complications fréquemment observées. Beaucoup plus rares, du moins beaucoup moins signalées par les auteurs sont d'autres complications causées par la présence d'un corps dur, résistant, jouant le rôle de « corps étranger » dans le vitré,

Amaurose. — Disons tout d'abord quelques mots de *l'amaurose* survenant après l'abaissement de la cataracte. Cette complication est signalée à l'envi par les auteurs, mais elle est malheureusement mal expliquée; la plupart pensent à une pression trop forte du cristallin contre la rétine et à une paralysie du nerf optique (?); d'autres, et Desmarres est de ce nombre, pensent que « cette amaurose n'est pas en général le résultat d'un abaissement trop profond du cristallin dans l'œil, et d'une paralysie de la rétine par compression; cela peut arriver sans doute, mais c'est une exception.

» Presque toujours, dit-il, dans cette complication, j'ai vu le cristallin flotter non résorbé encore. Tel est le cas d'un sabotier de Saint-Germain, chez lequel j'ai observé pendant deux ans, le balancement du cristallin, en arrière de l'iris. La présence de ce corps déterminerait de temps à autre une inflammation peu marquée des membranes internes de l'œil, et je ne doute pas que ce n'ait été là l'origine de l'amaurose survenue longtemps après l'opération ». C'est ainsi, fort probablement, qu'il faut interpréter les cas d'amaurose signalés par les anciens chirurgiens. Il n'est pas douteux que la présence du cristallin cataracté ne puisse déterminer, à la longue, une irido-choroïdite chronique à évolution lente, qui s'accompagne de diminution progressive de la vision.

Glaucome et Ophtalmie sympathique. — Il reste à étudier deux complications possibles de l'Abaissement : le Glaucome et l'Ophtalmie sympathique. Mais ici la tâche est difficile, nous nous trouvons en présence de faits mal étudiés, à peine indiqués, et de quelques observations seulement.

Nous nous contenterons donc de considérer la tolérance de l'œil à l'égard des corps étrangers situés dans le vitré, la tolérance de l'œil à l'égard du cristallin luxé accidentellement dans le vitré ; nous serons amené ainsi à des hypothèses sur la possibilité d'accidents glaucomateux ou sympathiques consécutifs à la Réclinaison, que des observations viendront confirmer. Nous agiterons enfin la question de la résorption de la cataracte dans le corps vitré.

Depuis longtemps, on sait qu'un fragment de pierre ou de fer peut pénétrer dans la chambre antérieure, ou entre les diverses membranes de l'œil et rester là pendant de très longues années sans provoquer aucun signe irritatif ou inflammatoire.

Mais on sait aussi que ce corps étranger pourra causer de

l'hypertension de l'œil blessé, et de la sympathie de l'œil opposé s'il occupe la région ciliaire, région si dangereuse, dont la lésion provoque si souvent des désordres dans l'œil congénère. Le fait est aujourd'hui admis par tous les chirurgiens. Récemment encore, dans les Archives d'Ophtalmologie (décembre 1900), Valude rapporte l'observation d'un homme de 80 ans qui avait toléré pendant six ans, et sans aucune réaction, un fragment de silex dans la chambre antérieure. En même temps, Duboys de Lavigerie rapporte une observation semblable, et Jocqs ajoute qu' « il faut tenir compte du siège où se trouve le corps étranger ; le corps vitré et le corps ciliaire sont des régions justement considérées comme dangereuses au point de vue de la tolérance ».

L'analogie de l'irritation que peut causer la cataracte dans la région ciliaire nous est plutôt donnée par la luxation accidentelle du cristallin dans le vitré.

Or, on s'accorde à dire, ici, que le pronostic doit être réservé. Certes, le plus souvent, la luxation ne s'accompagne d'aucun désordre. Nous rapportons l'observation d'un malade qui, à la suite de contusion de l'œil, a eu une diminution brusque de la vision ; il y avait luxation directe du cristallin dans le vitré ; elle était parfaitement tolérée, pas la moindre douleur, pas la moindre rougeur de l'œil; des verres convexes ramènent sa vision à 0,7.

Follin et Duplay, dans leur traité de pathologie externe, disent : « La luxation du cristallin dans le vitré est la moins grave et ordinairement les malades recouvrent la vue. »

Sichel cite le cas d'un malade qui, pour faire passer le cristallin dans la chambre antérieure, « portait la tête fortement en avant et se donnait une légère tape derrière l'occiput. Pour faire repasser le cristallin derrière l'iris, il devait se placer dans le décubitus dorsal et imprimer à la tête quelques secousses, de façon à produire un choc inverse du précédent. »

On a même observé des cataractes abaissées pouvant passer alternativement de la chambre antérieure en arrière dans le globe oculaire, sans provoquer la moindre douleur.

Nous pourrions citer ici de nombreuses observations de luxations de cristallin dans le vitré, produites depuis de longues années et n'ayant jamais provoqué les moindres troubles. Ces malades, à Montpellier ou dans les environs, continuent leurs travaux avec une bonne acuité visuelle que leur donnent leurs verres convexes.

Mais quelquefois, ce cristallin luxé provoque des accidents : Calisti, dans une thèse de Paris, rapporte des observations nettes de phénomènes glaucomateux survenus après la luxation du cristallin. Quand cette complication survenait, Fieuzal (Hospice des Quinze-Vingts, 1879) la considérait comme si grave qu'il pratiquait, le plus souvent, l'énucléation dès le début des accidents.

Enfin, nous citerons quatre observations récentes de cristallin luxé ayant provoqué de l'irido-cyclite et des accidents sympathiques. (Décembre 1900. Archives d'ophtalmologie) :

« A la suite d'un coup de poing, subluxation du cristallin resté transparent, dans l'œil gauche. A deux reprises cet œil a été le siège d'une légère poussée de cyclite. Deux ans plus tard, l'œil droit a présenté des phénomènes d'irido-choroïdite sympathique qui ont cédé aux instillations d'atropine et aux frictions mercurielles (Observation rapportée par Wuillomenet).

Gorecki a observé un œil dont le cristallin était luxé dans le vitré, luxation accompagnée d'hypertension et qui détermina une irido-choroïdite sympathique dans le congénère, le malade ayant refusé l'énucléation.

Vignes signale les curieux phénomènes d'irritation à distance provoqués par les déplacements du cristallin,

et parle d'un petit garçon atteint d'hypersécrétion lacrymale excessive qu'on ne pouvait s'expliquer que par l'irritation de son cristallin luxé, sur le plexus ciliaire.

Enfin, Suarez de Mendoza cite l'observation d'un malade qui, après plusieurs poussées de cyclite provoquées par un cristallin luxé, vit survenir, en même temps qu'une nouvelle crise très violente d'irido-cyclite, une luxation du cristallin de l'autre œil.

Nous avions bien raison de dire que dans quelques cas, très rares il est vrai, le cristallin luxé dans le vitré pouvait occasionner des troubles graves.

Il semble que nous puissions en tirer, par analogie, des conclusions pour la cataracte abaissée par le chirurgien ; en effet, les conditions sont les mêmes; peut-être même, sont-elles pires ; le cristallin cataracté est plus dur, le traumatisme opératoire prédisposant davantage lui-même à l'irritation de la région ciliaire que la contusion oculaire qui provoque la luxation.

Ces déductions, *a priori*, sont confirmées par divers chirurgiens. Abadie parle du glaucome et des accidents sympathiques pouvant compliquer l'abaissement. Panas signale cette complication. De Graefe, dans son mémoire important sur le glaucome consécutif, a appelé l'attention sur les conséquences des luxations du cristallin et de la réclinaison de la cataracte. Enfin, Terson père, adversaire de l'abaissement, décrit les diverses formes de glaucome consécutif à cette opération ; il l'a observé survenant, tantôt brusquement, par une attaque foudroyante, ou bien petit à petit, par petits accès. Nous rapportons son observation au sujet d'un malade qui, après son abaissement, voyait très bien, mais qui fut pris brusquement le matin, une heure après son lever, de douleurs violentes, avec hypertension très forte, suivies d'abolition complète de la vision.

Résorption de la cataracte

Mais qu'importe, ont dit les chirurgiens, les dangers de ce corps étranger dans l'œil si, déjà très rares après l'opération, ils sont complètement écartés, plus tard, par suite de la résorption de ce cristallin cataracté? Malheureusement, cette disparition de la cataracte, admise pendant longtemps, est loin d'être démontrée. Scarpa a trouvé qu'un cristallin abaissé depuis 4 ans n'avait plus que le volume d'une tête d'épingle. Sœmmering n'a plus retrouvé cet organe 8 mois après l'opération. Mais il semble que ces auteurs ont souvent confondu les cataractes séniles et les cataractes traumatiques, les cataractes placées dans la chambre antérieure et celles situées dans le vitré, et qu'ils ont souvent conclu d'après des faits incomplètement observés. En effet, maître Jean trouva, un an après l'opération, le cristallin « en bas, derrière l'iris, sous le corps vitré ». Velpeau dit : « sur 12 malades, dont j'ai pu examiner les yeux après la mort dans les hôpitaux, 1 an, 2 ans et demi et 4 ans après l'opération, la cataracte avait à peine diminué de 1/5 chez le seul sujet où elle fut sensiblement altérée.

Janin abaissa un cristallin quatre fois en 9 ans. Nous avons déjà cité le cas de Beer, qui vit remonter le cristallin au bout de 30 ans. Enfin, Dupuytren a trouvé les cristallins tout à fait intacts, bien que déprimés depuis plusieurs années, chez des vieillards qui avaient succombé à des affections étrangères à la cataracte.

La presque totalité des chirurgiens s'accorde donc à conclure à la non résorption des cristallins durs et des noyaux des cataractes demi-molles. Ils pensent toutefois que les cataractes molles et la substance molle des cataractes demi-dures sont susceptibles de disparaître, mais ils ajoutent que

ce travail est très long, et une observation de Veelerk montre que huit années sont nécessaires quelquefois pour qu'il soit entièrement accompli. Si nous considérons en plus que, au moment de la réclinaison, ces masses molles sont difficilement entraînées par l'aiguille, et restent souvent au devant de la pupille, nous en conclurons que notre cristallin, plongé dans le vitré, sera presque toujours dur et résistant et qu'il ne faudra pas compter avec sa résorption.

Nous venons de faire une étude aussi détaillée que possible des complications post-opératoires ; il nous reste à apprécier en quelques mots leur fréquence et leur gravité.

Nous attacherons, tout d'abord, peu d'importance à l'infection. En réalité, nous nous trouvons dans de mauvaises conditions pour opérer. Nous avons de grandes raisons pour ne pas faire l'extraction et pour craindre les conséquences néfastes d'une large plaie cornéenne. Nous pratiquons alors avec l'aiguille une petite ouverture qui nous permet d'abaisser la cataracte. Il se peut que des accidents infectieux se déclarent. Dans ce cas, nous serons sans regrets ; nous avions pris, pour les éviter, le maximum de précautions. De sorte que les accidents inflammatoires ne doivent pas être invoqués contre l'Abaissement et devenir une contre-indication, à moins qu'on veuille systématiquement refuser toute intervention opératoire chez les malades aux yeux sales ; ce ne serait ni très clinique ni très humain.

La réascension est une complication assez fréquente, mais le chirurgien ne peut-il prendre à nouveau son aiguille et faire une nouvelle réclinaison ? Les observations de malades bien guéris après deux ou trois réclinaisons sont nombreuses.

La luxation dans la chambre antérieure est un accident grave, heureusement très rare. On a vu, quelquefois, le cristallin se résorber ; le plus souvent, on sera obligé de recourir à l'extraction.

Ici nous ferons remarquer le caractère de ces deux accidents de l'Abaissement ; tous deux sont susceptibles de disparaître par une nouvelle opération.

Le glaucome ne s'observe souvent qu'avec des cataractes demi-dures, dont les masses molles se gonflent et produisent l'hypertension. On l'observera aussi s'il y a de l'irido-cyclite. En dehors de ces deux conditions : infection et cataractes demi-molles, le glaucome est exceptionnel.

Tout à fait rares aussi sont les accidents sympathiques ; les auteurs en parlent quelquefois, mais, excepté pour les luxations du cristallin transparent, nous n'avons pu trouver une seule observation.

Enfin, le cristallin récliné produit, a-t-on dit, de l'irido-choroïdite chronique à distance. Rien n'est plus pénible, pour l'opérateur, que de voir les bénéfices d'une opération bien réussie disparaître progressivement au bout de plusieurs années. C'est l'argument du *corps étranger* dont on s'est servi souvent contre l'Abaissement. Nous avons employé ce mot à plusieurs reprises, car les auteurs s'en servent communément, mais un corps déplacé n'est pas fatalement un corps étranger ; un rein déplacé ou un organe abdominal en ptose n'a jamais produit de réaction comparable à celle d'un corps étranger. Cette restriction faite, il n'est pas impossible qu'une cataracte soit mal tolérée dans le vitré ; des mouvements légers se produisent, une légère irritation s'ensuit et une infection lente par apport de microbes ou toxines venus par la circulation générale. Mais ces faits sont mal étudiés et doivent être exceptionnels.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Il nous est facile de donner les résultats de cette opération tels qu'ils nous ont été fournis par les anciens chirurgiens. Nous aurons à rapporter ici leurs nombreuses statistiques.

Toutefois, nous attacherons assez peu d'importance aux nombreux succès qu'ils nous signalent, leur proportion paraît fortement exagérée.

Il est, d'autre part, impossible de donner une statistique récente des faits nouvellement observés ; leur nombre est encore trop restreint.

Toutefois, tout incomplet que soit *a priori* ce chapitre, voyons l'opinion des divers chirurgiens anciens et contemporains.

Tout d'abord, voici les résultats heureux obtenus par les anciens partisans de l'Abaissement.

Tartra, dans un relevé d'opérations pratiques à l'Hôtel-Dieu, signale de 1806 à 1810, 43 opérations par scléroticonyxis, dont 24 succès complets, d'où 55,8 p. 100. Dupuytren a 5 succès sur 6 opérations, d'où 83 p. 100 de succès. Cloquet, sur 166 cas, a 97 succès, soit 59 p. 100. Bower a une statistique encore plus favorable : sur 160 opérations, 154 succès, soit 96,25 p. 100. Lusardi a fait 5034 réclinaisons; il a eu 4168 succès, soit 82,79 pr 100, et 866 insuccès.

soit 17,21 p. 100. Robertson, réunissant plusieurs statistiques, a trouvé sur 7529 opérations, 7425 succès, soit 98,62 p. 100. Le même chirurgien fait connaître les résultats de sa pratique personnelle, il a fait des essais comparatifs ; il obtient 94 succès sur 115 sujets opérés par abaissement, et 32 succès sur 74 sujets opérés par extraction. Cette dernière méthode lui a donné 38 p. 100 de succès en moins que l'abaissement. Brunier arrive à une proportion de 78,70 p. 100 ; dans d'autres circonstances il a 59,12 p. 100 de succès. Sichel fait 98 réclinaisons et obtient 67 succès.

Signalons enfin, en dernier lieu, les résultats opératoires du professeur Jaeger, de Vienne ; il opère 1011 cataractes, dont 120 réclinaisons, qui lui donnent 105 succès.

D'après tous les chiffres précédents, si nous cherchons la moyenne des succès obtenus par l'abaissement, nous arrivons à la proportion de 76,95 succès sur 100 opérations ; et 23,05 p. 100 insuccès.

Un peu plus tard, De Grœfe, voulant apprécier à nouveau l'abaissement et faire le relevé de cas longtemps suivis, donne une proportion de 65 p. 100 de succès.

M. le professeur Dubrueil nous a dit quelquefois avoir obtenu des succès excellents en opérant avec l'aiguille. Bouisson, de Montpellier, très familier avec la réclinaison, employait le plus souvent cette méthode.

Mais cette opération doit surtout être jugée à la lumière des connaissances nouvelles en ophtalmologie. Or, les quelques cas publiés actuellement sont en somme satisfaisants. Dor fait trois abaissements, tous trois avec succès. Gayet n'a jamais abandonné cette opération et fait de temps en temps des réclinaisons. M. le professeur Truc a fait trois abaissements, parmi lesquels un succès complet, un demi-succès et un insuccès. Le succès de Valude, les trois succès de Rampoldi, celui de Haas, enfin les deux plus récents de Roure ; ce sont

là certes bien des circonstances où les résultats thérapeutiques furent excellents.

Voilà, en somme, une opération très utile dans bien des cas. Son désavantage consiste en ce qu'elle fournit moins de succès que l'extraction.

Mais est-ce un motif pour qu'elle soit vouée à tout jamais à l'oubli ? Ne peut-elle rendre des services même par sa proportion minime de succès ? C'est toujours une fraction respectable qu'il faut prendre en considération.

L'opération de la cataracte, malgré les recherches dont elle a été l'objet, malgré les perfectionnements qu'elle a subis, présente encore des dangers multiples ; le chirurgien devra modifier sa manière d'opérer suivant l'importance qu'il attribuera à l'un ou l'autre de ces dangers.

Ainsi, tout opérateur éclairé reconnaîtra qu'il ne saurait y avoir un procédé unique et universel pour l'opération de la cataracte.

« Rien de plus funeste, dit Landolt, de plus contraire au progrès, que de vouloir forcer tout le monde à passer par le même chemin. Il sera toujours un pauvre musicien, celui qui n'a qu'une corde à son instrument, et un pauvre chirurgien, celui qui ne connaît qu'un seul procédé opératoire.

» Si donc, dit Rampoldi, après avoir conclu aux bons résultats de l'abaissement, on juge sans préjugé et sans parti-pris, on verra que la question n'est ni oiseuse, ni dépourvue d'à-propos. Elle ne marque nullement un pas en arrière dans l'histoire de l'ophtalmologie.

» Nos observations ne sont pas nombreuses, mais l'expérience pourra, peut-être, en accroître la signification. En tout cas, il ne faut rien mépriser sans avoir bien réfléchi, et parce qu'une chose a été en usage dans le passé, il ne faut pas la condamner irrémédiablement à l'oubli. »

CHAPITRE V

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Nous venons de conclure dans le chapitre précédent aux bons résultats de l'abaissement de la cataracte. Il nous reste à indiquer dans quels cas nous devrons employer cette opération, quelles sont ses indications ; nous devrons enfin noter les circonstances diverses qui s'y opposent, indiquer en un mot ses contre-indications

Indications

La première indication de l'abaissement est donnée par l'insuccès opératoire ou post-opératoire de l'extraction sur l'autre œil, insuccès dépendant seulement du malade.

Il faut donc tout d'abord songer à cette méthode opératoire quand une hémorragie expulsive a causé la perte de l'autre œil ; surtout quand les causes qui ont produit cette hémorragie paraissent exister encore et semblent difficiles à écarter. Nous citons parmi nos observations celle de Valude, qui, ayant déjà eu cette complication en faisant l'extraction d'une cataracte à l'un des yeux d'une malade, fit l'abaissement à l'œil congénère et obtint les meilleurs résultats. C'est d'ailleurs la conclusion de Pourcines, de Nancy, qui a fait dans sa thèse une étude très complète des hémorragies expulsives consécutives à l'extraction. Pareil accident s'est produit

à Montpellier, en décembre dernier. M. le professeur Truc opère par extraction un homme de 63 ans ; le succès opératoire était excellent, la guérison paraissait assurée, lorsque, quatre jours après, une hémorragie expulsive se produit brusquement et en même temps surviennent des accès épileptiformes qui ont duré pendant vingt-quatre heures. Ce malade, qui doit revenir dans quelques semaines à l'Hôpital pour être opéré de l'autre œil, y subira probablement l'abaissement de sa cataracte, à moins, toutefois, que des calmants généraux puissent prévenir tout accès épileptiforme ultérieur.

Une seconde indication est tirée du mauvais état oculaire local ou régional. Ici, nous avons en vue les suppurations rebelles, les inflammations chroniques, inguérissables, dont sont affectés certains malades. C'est un sujet atteint de dacryocystite muco-purulente, le foyer purulent persistant malgré cautérisations et curettages ; ou bien il est atteint d'ectropion lacrymal et de conjonctivite catarrhale, mais, malgré tous les soins, le pansement d'essai, les tampons d'épreuve décèlent toujours des sécrétions abondantes.

Quelquefois, il y aura conjonctivite granuleuse, avec granulations lymphoïdes chez une femme lymphatique à peau flasque, eczémateuse. Dans d'autres cas, enfin, ce sont des éruptions furonculeuses, un foyer voisin d'ostéite suppurative, infection entretenue parfois par un tempérament lymphatique, ou arthritique, diabétique ou albuminurique. En présence de cas semblables, quel sera le chirurgien assez audacieux pour tenter l'extraction ? C'est là l'opinion de Rampoldi, qui a fait récemment avec succès trois abaissements pour des raisons analogues. Si cependant, l'extraction était tentée malgré tout et que le chirurgien se soit trouvé en présence de complications inflammatoires graves, l'abaissement devrait, *a fortiori*, être pratiqué à l'œil congé-

père. Dor, de Lyon, pratiqua l'abaissement chez une vieille femme qui avait perdu un œil après extraction et qui se refusait à subir la même opération. Il en obtint un excellent résultat.

Cette opinion est résumée par M. le professeur Gayet dans les termes suivants :

« Lorsqu'une opération de cataracte, pratiquée sur un premier œil, a été suivie d'un accident imprévu, comme une hémorragie par exemple, il est bon de ne pas soumettre le même œil au même accident probable et il faut abaisser.

» Après un premier phlegmon dû à l'existence d'une infection des voies lacrymales, il faut abaisser aussi de l'autre côté si la même complication se présente. On a plus de chance d'éviter la redoutable complication avec la simple piqûre. J'ai, par devers moi, un certain nombre de faits qui m'ont conduit à ne pas dédaigner une opération qui m'a donné de beaux succès ».

Une troisième indication peut être fournie par l'indocilité du malade. Les aliénés présentant des crises violentes de délire ; les maniaques, les déments, les hystériques même, ne peuvent sans danger subir l'opération de la cataracte Il faut le plus souvent faire l'anesthésie générale, et les suites peuvent souvent être compromises par des mouvements intempestifs. Chez ces malades, l'abaissement doit être ordinairement pratiqué.

Quelquefois, un âge trop avancé peut amener le chirurgien à faire l'abaissement. M. Dor père, de Lyon, fit avec succès la réclinaison de la cataracte chez un homme atteint d'une maladie grave du cœur l'empêchant de se tenir couché, et qui passait sa vie dans son fauteuil. Il savait qu'il ne devait pas vivre très longtemps, mais il désirait y voir « ne fût-ce que six mois ».

On peut aussi être amené à abaisser la cataracte chez un

sujet que l'on ne peut pas suivre, qu'on ne peut pas surveiller. M. Dor fit aussi cette opération chez une femme qui habitait l'auberge de Schwartzenbach, au sommet de la Gemmi, passage situé à l'altitude de 2000 mètres entre les cantons de Berne et du Valais (Suisse).

Cette femme ne pouvait pas faire le voyage pour venir se se faire opérer à Berne.

Enfin il reste quelques indications mentionnées par les auteurs, mais qui nous paraissent de valeur bien moins grande. Haas se vit obligé de pratiquer cette opération chez un malade, à vitré fortement dégénéré, très liquide, qui aurait déjà subi deux iridectomies accompagnées toutes les deux d'issue abondante du vitré. Roure (de Valence) vient de faire de même. D'autres auteurs pensent qu'il est dangereux de faire l'extraction chez des sujets pouvant involontairement faire de violents efforts; ce sont les vieux tousseurs, porteurs de bronchite chronique, ou bien les prostatiques ; ils craignent, avec raison d'ailleurs, un retard de la cicatrisation de la plaie avec ses conséquences : ces malades pourraient être opérés par Abaissement.

Enfin Desmarres pensait que la réclinaison avait quelquefois son indication chez des vieillards à cornée et chambre antérieure trop petite, dont les yeux sont profonds, ou bien quand des synéchies, restes de vieille *iritis*, s'opposent à la dilatation de la pupille ; il pensait que, dans ce dernier cas, l'aiguille pouvait rompre plus facilement les adhérences postérieures. Mais cette dernière indication est moins importante.

Contre-indications

Voici, à notre avis, dans quelles circonstances on doit s'abstenir de l'abaissement de la cataracte. Ces contre-indications sont loin d'être définitivement établies; il faudrait que

l'étude de cette opération soit plus avancée, et que l'expérimentation vienne aussi à notre aide, pour que nous puissions, avec précision et sûreté, indiquer les conditions qui s'opposent à la réclinaison.

La forme anatomique de la cataracte peut constituer une contre-indication ; on se gardera d'abord de la Réclinaison dans les cataractes liquides ou molles : on sait que l'aiguille ne ferait que discision ou broiement. On s'en abstiendra aussi avec les cataractes capsulaires étendues ; on s'exposerait à laisser des débris opaques devant la pupille. Enfin, nous l'avons déjà indiqué, on hésitera à abaisser une cataracte demi-molle ; les masses molles se réclineraient mal, resteraient en place en grande partie, constituant une amorce à l'infection, des dangers graves de glaucome et plus tard une cataracte secondaire.

Ainsi, on réservera l'opération aux cataractes complètes et dures le plus possible dans toutes leurs parties.

L'âge est aussi une contre-indication ; chez les jeunes, on ne fera pas ordinairement de réclinaison si l'extraction ne peut être pratiquée, il vaudra mieux attendre un peu plus tard, un moment plus favorable.

L'essai malheureux d'abaissement fait à l'un des yeux est aussi une raison d'abandonner cette opération pour l'autre œil, bien que paraissent toujours exister chez ce dernier les indications à la réclinaison, surtout si les causes de non-réussite de l'opération semblent persister.

Enfin, une dernière contre-indication paraît être donnée par la tension oculaire. La première malade opérée à Montpellier était une myope, qui n'a présenté aucune hypertension après l'opération. Chez un artério scléreux, hypermétrope, dont les yeux sont en légère hypertension, on hésitera à faire l'abaissement; on craindra, ici, les poussées glaucomateuses si souvent préjudiciables.

Telles sont, à notre avis, les indications et les contre-indications de la Réclinaison de la cataracte ; telles qu'elles résultent de notre étude, telles d'ailleurs qu'elles étaient indiquées dans les *Nouveaux Eléments d'ophtalmologie* de Truc et Valude, en 1896.

Il ressort de ce qui précède que les conditions de cette opération sont toutes relatives ; c'est sur l'ensemble symptomatique que devra porter le jugement du chirurgien ; le clinicien devra toujours apprécier la valeur des diverses raisons qui pourraient faire échouer l'extraction, et, suivant le plus ou moins d'importance qu'il leur attribuera, suivant aussi ses préférences, son expérience et son tempérament, il se décidera pour l'une ou l'autre méthode opératoire.

Première Observation.

Cristallin remonté et passé dans la chambre antérieure 22 mois après la dépression de la cataracte.

(Observation de De Abreu, 1894).

La réclinaison est faite à l'œil droit et le résultat opératoire est excellent. « 22 mois après, le malade bèchant son jardin, pendant un léger effort qu'il fit, sentit dans l'œil opéré comme une commotion ; il s'aperçut immédiatement d'une gène visuelle si prononcée qu'il dut appeler à son secours pour regagner sa maison. A l'examen, on s'aperçut d'une grosse tache, suivant son expression. A Bruxelles, M. Cunier, de l'Institut ophtalmologique, reconnut que ce cristallin se trouvait dans la chambre antérieure. Il avait perdu au plus 1/6 de son volume primitif. Sa présence dans la chambre antérieure ne déterminait pour tout trouble que l'annihilation, pour ainsi dire complète, de la vue. C'est à peine si la conjonctive était rouge ; l'iris ne souffrait en aucune façon, aucune douleur n'était récente. L'extraction

doit être pratiquée en pareil cas, à moins que, étant donnée l'absence de tout trouble, on attende l'absorption qui se fait rapidement dans ces cas. »

Observation II.

Réascension de la cataracte pendant l'opération. — Nouvel essai d'abaissement. — Luxation dans la chambre antérieure de la cataracte, aucune réaction inflammatoire consécutive. — Diminution de volume notable, 4 mois après.

(Observation publiée par Debrou. *Archives génér. de Médecine, 1845*).

La femme Lagrèle, 48 ans, portait à l'œil droit une cataracte depuis un an... Pendant l'opération (12 août), le cristallin après avoir été porté en bas, en dehors et un peu en arrière, remonta à sa première place au moment où je soulevai l'aiguille. Je voulus l'abaisser de nouveau, mais il bascula en avant et, quoique très volumineux, il passa de la chambre antérieure à travers la pupille, qui était très large et très dilatée. Je dirigeai aussitôt la lame de l'aiguille en avant, et je fus piquer la lentille de la chambre antérieure, mais je ne pus lui faire repasser la pupille. Après plusieurs essais, je la laissai et retirai l'instrument.

Les deux ou trois premiers jours, il y eut peu de douleurs, le quatrième, l'œil était *très rouge* et *pleurait beaucoup*... On fit faire des frictions à l'extrait de belladone ; chaque jour, légère purgation...

Pendant le mois de septembre, l'état des choses fut assez supportable ; l'œil devint beaucoup moins douloureux, et, comme la malade voyait avec l'autre œil, on lui permit de sortir pour se promener un peu et se distraire ; cependant il fallut encore remettre quelques sangsues derrière l'oreille droite. Durant le mois d'octobre, il y eut très peu d'accidents Le cristallin diminua notablement de volume.

Aujourd'hui, fin novembre, il n'y a aucun accident du côté de l'œil droit, qui n'offre pas la moindre trace d'inflam-

mation et supporte très bien la lumière ; le cristallin, qui occupe principalement et presque toujours la partie interne et inférieure de la chambre antérieure, est réduit au cinquième de son volume environ : il représente une petite masse à bords arrondis, mais irrégulière, qui appuie obliquement sur la cornée et sur l'iris. L'iris a la couleur de celui du côté opposé ; la pupille est un peu plus étroite qu'à gauche ; mais elle est mobile et s'élargit ou se retrécit lorsque la malade est à l'obscurité ou à la lumière. On voit encore derrière la pupille un lambeau de fausse membrane qui gène jusqu'à un certain point la vision ; mais néanmoins la malade voit de cet œil assez bien pour se conduire et pour reconnaître de très petits objets ; elle voit d'ailleurs aussi de l'autre œil et a pu reprendre entièrement les travaux de son état.

Observation III.

Opération d'abaissement. — 6 mois après, luxation de la cataracte dans la chambre antérieure. — Réaction insignifiante de l'œil. — Disparition spontanée complète de la cataracte trois ans après.

(Observation publiée par Debrou. *Archives de Médecine, 1845*).

M. G...., d'Orléans, fut opéré dans cette ville, par Carron du Villards, en avril 1841. L'opération, qui se fit par abaissement, se passa bien, et les suites en furent très heureuses. Le malade pouvait se servir très bien de son œil opéré depuis déjà plusieurs mois, lorsque, dans le mois d'octobre, le cristallin remonta et se déplaça tout-à-coup, de la manière suivante : M. G... était occupé à ranger ses papiers d'affaires, la tête un peu baissée, le corps légèrement penché en avant, lorsque, tout-à-coup, sa vue se couvrit comme si un voile s'était placé devant son œil ; il releva la tête et la vision reparut assez pour qu'il pût continuer encore quelques recherches. Mais cela dura peu, l'œil se fatigua ; le soir l'œil

était douloureux ; le lendemain matin, un médecin, appelé, trouva le cristallin dans la chambre antérieure, où il a continué à séjourner...

Le malade n'a éprouvé aucune sensation dans l'œil, au moment du passage, et n'en a été averti que par l'obscurité ou plutôt l'abolition brusque de la vue..... Pendant plusieurs mois, M. G... fut obligé de s'abstenir de tout travail de lecture ou d'écriture, ou d'éteindre les lumières, le soir, dans son appartement; l'œil était tantôt douloureux et tantôt exempt de tout accident ; assez fréquemment, le malade sentait la lentille flotter, dans les mouvements de la tête, au devant de la pupille.

Aujourd'hui, trois ans après l'accident, M. G.. n'en conserve, pour ainsi dire plus de trace. L'œil est parfaitement clair et transparent, l'iris est très mobile, et il n'y a plus, absolument, aucune parcelle du cristallin dans la chambre antérieure, cette disparition complète ne date que de peu de temps ; car, il y a 3 ou 4 mois, j'ai pu constater, moi-même, un noyau d'un gris jaunâtre non-adhérent et mobile, gros comme la tête d'une épingle. Il n'y a plus rien aujourd'hui, et le malade voit mieux et plus longtemps sans éprouver de fatigue.

Observation IV.

Luxation traumatique d'un cristallin cataracté. — Bonne acuité visuelle consécutive à cet abaissement spontané.

(Observation de Mackenzie, 1859).

Il s'agit d'une pauvre femme de 60 ans, dont un œil était depuis longtemps détruit et dont le second offrait un cristallin d'un blanc foncé; l'iris, ordinairement d'un gris bleuâtre, avait perdu son poli, il était tremblotant; le segment inférieur du bord de la pupille était adhérent à la face antérieure du cristallin. Quand la malade se présenta à

Saint-Mark's ophtalmic Hospital, elle ne pouvait se conduire. On dilata la pupille avec l'atropine, ce qui mit à découvert un large espace clair, de forme semi-lunaire, situé au-dessus du bord du cristallin opaque ; la malade put alors se conduire seule. Un examen attentif fait reconnaître que le cristallin est plus bas qu'à l'état normal et qu'il n'est maintenu que par des adhérences ; l'humeur vitrée est considérée comme étant liquéfiée. Cette circonstance, jointe à l'état misérable de la malade, détourne de toute opération. Elle continue l'usage palliatif de la belladone.

Au bout d'un certain espace de temps, elle reçut un coup sur cet œil et reconnut bientôt, avec autant de surprise que de joie, qu'elle voyait beaucoup mieux qu'elle ne pouvait le faire depuis des années. Lorsqu'elle se présenta peu après, à l'hôpital, on trouva la pupille circulaire et transparente et la vision bonne. A l'aide d'un verre convexe, elle peut lire quoique avec difficulté. Cet état s'est maintenu ; mais parfois, lorsqu'elle penche la tête en avant, la vue se perd par l'ascension d'un corps couleur d'ambre ; elle reparaît lorsque la malade rejette vivement la tête en arrière, ou bien, si ce moyen ne réussit pas, elle place une de ses mains sur la région malaire, qu'elle frappe ensuite vivement de son autre poing.

Observation V.

Opération d'abaissement pratiquée chez un homme de 50 ans. — Poussées glaucomateuses consécutives, qui compromettent fortement le succès opératoire.

(TERSON.)

Dans le mois de mars 1866, un prêtre âgé de 50 ans environ vint d'Albi pour me consulter. Il était porteur d'une cataracte ambrée à l'œil droit.

Cinq mois auparavant, il avait été opéré, à Albi, d'une

cataracte dont l'œil gauche était affecté. Après l'opération, il n'y eut pas la plus petite inflammation apparente. Il demeura trois semaines dans une chambre obscure et son étonnement fut grand lorsque, pour la première fois, on lui permit de voir le jour.

Jusqu'à dix heures du matin, il vit très bien, mais à ce moment quelques brouillards se montrèrent, devinrent de plus en plus épais, et au bout d'une heure ou deux, il n'y voyait plus pour se conduire à sa chambre. Tous les jours ces phénomènes se reproduisirent et finirent par l'inquiéter, malgré l'absence de la plus petite douleur ; il trouvait que peu à peu, les moments pendant lesquels il voyait clair devenaient plus courts. Son médecin l'engagea enfin à venir à Toulouse prendre une consultation.

C'était vers quatre heures du soir que je vis le malade pour la première fois. Voici ce que je notai alors :

La cornée, d'une extrême pureté à l'œil droit, était, du côté opéré, légèrement dépolie ; la couche épithéliale semblait rugueuse et comme pointillée. L'humeur aqueuse, troublée, laissait voir l'iris comme enfumé et la pupille encore un peu mobile ; l'iris était affecté d'un faible tremblement. En regardant dans la pupille de haut en bas, on apercevait le cristallin, qui exécutait quelques oscillations quand l'œil se mouvait un peu vivement. *Le globe de l'œil était très sensiblement plus dur que celui du côté non opéré.*

Le malade ne pouvait absolument ni voir ni se conduire dans sa chambre, mais il m'affirmait que le matin il lisait très bien avec ses lunettes et pouvait promener dans les rues jusqu'à dix heures environ. Un peu intrigué, je retournai le voir le lendemain matin à neuf heures. La cornée et l'humeur aqueuse étaient d'une pureté parfaite, la pupille d'un beau noir. Le cristallin s'apercevait encore mieux que la veille et paraissait toujours mobile. La dureté du globe était

peut-être un peu moindre que la veille, mais ce n'était qu'une nuance difficile à apprécier. Le malade lisait avec le n° 4 et 1/2 convexe devant lui et sans effort des caractères très fins, et avec le n° 5, il voyait, à une minute près, l'heure à une pendule située à 2 mètres de distance.

Cette affection singulière n'était qu'une annonce de l'irido-choroïdite glaucomateuse.

Un traitement médical ne pouvait donner qu'un espoir bien faible.

L'extraction de la lentille était fort difficile et dangereuse; pour cette raison il fut décidé de pratiquer l'iridectomie, dans l'espoir de diminuer la tension.

L'excision de l'iris fut faite d'une manière classique, jusqu'à son bord adhérent.

Le résultat immédiat fut excellent ; mais le malade accusa encore dans l'après-midi quelques troubles de plus que le matin.

Le cristallin restait toujours au fond de l'œil comme une épine irritative ; le malade quitta la ville au bout d'un mois, amélioré, mais non guéri. Depuis, ce malheureux prêtre s'est fait opérer la cataracte de l'œil droit par abaissement, et il faut convenir que son choix n'était guère fondé sur de bonnes raisons dans cette circonstance.

Observation VI.

Iridectomie chez un sujet porteur de cataracte, accompagnée d'issue du vitré. Kératotomie pour extraction 1 mois après avec même accident. — 4 mois après, réclinaison de la cataracte.— Résultat excellent.

(Haas. Rotterdam, 1884).

Un homme de 65 ans n'a qu'un œil. O G... est atrophié depuis longtemps. L'œil droit a la perception lumineuse dans toutes les directions. La cornée possède en bas ce

trouble qui résulte d'une forme grave de kératite diffuse. L'iris est immobile à cause de synéchies postérieures; la pupille est petite et la capsule cristallinienne est recouverte d'exsudats de néoformation.... On fit une large iridectomie le 22 janvier 1882. Quand l'iris fut excisé, on vit un cristallin tout à fait opaque; mais, en même temps, il se produisit un accident qui empêcha l'extraction immédiate : c'est la sortie du vitré comme un liquide très fluide, sans qu'aucune pression ait agi sur le globe oculaire. Quelques jours après, celui-ci avait repris sa tension normale et conservait sa perception lumineuse.

Le 6 février, toujours dans le but de procéder cette fois à l'extraction, nouvelle iridectomie pour élargir la première. Mais le bulbe se vida encore en grande partie. Toute irritation eut encore disparu aussi vite qu'en janvier, la tension remontée à la normale .... A la suite de ces considérations, je pensai que la méthode à suivre était la réclinaison... Je fis donc la réclinaison le 23 avril.

Je choisis, à cet effet, une aiguille courbe, avec tige légèrement conique, afin d'éviter la perte du vitré pendant l'opération. Je l'introduisis, non par l'insertion du droit externe, mais quelques millimètres plus haut. J'eus la satisfaction de rendre la pupille claire sans perte de vitré appréciable.

Après quelques jours de repos, je pus voir que le résultat répondait à l'attente. Le cristallin était immobile en bas et en dehors; la pupille était si claire que l'on pouvait voir facilement à l'ophtalmoscope les traces d'une choroïdite disséminée ayant existé jadis. Un verre sphérique de + 12 dioptries amena l'acuité visuelle à 4/50.

Observation VII.

Cataracte compliquée avec éruptions furonculeuses de la face, ozène, conjonctivite lacrymale chez une femme atteinte de bronchite chronique. — Abaissement pratiqué avec succès.

(Rampoldi. Pavie, 1886.)

Je me vis contraint par les circonstances de pratiquer ma première dépression sur une vieille femme de Trente, qui avait été recueillie à la Clinique de Pavie pour y être guérie de sa cécité. La malade avait l'aspect pâle et souffrant, et son visage était couvert d'éruptions furonculeuses. L'haleine exhalait une odeur d'ozène nauséabonde. Des deux côtés existait du catarrhe du sac lacrymal, de l'hyperémie des bords palpébraux, et de la rougeur conjonctivale. A tout cela était jointe une toux survenant par accès par suite de catarrhe des bronches. Que faire? Je reçus la pauvre femme à la Clinique, et je commençai à en soigner la toux et le catarrhe des voies lacrymales. Huit jours après, avec de grandes précautions antiseptiques, je me hasardai à pratiquer deux iridectomies préparatoires, poussé surtout, je l'avoue, par les prières instantes de la malade.... Le résultat opératoire fut excellent; mais ma crainte ne se trouva pas diminuée, au sujet de l'issue funeste d'une extraction, faite même avec toutes précautions antiseptiques. Ce n'est, en effet, que dans des cas exceptionnels que l'iridectomie suscite un phlegmon oculaire. Ma crainte était bien fondée : les éruptions furonculeuses, le catarrhe des bronches, et le dépérissement général de l'organisme ; l'ozène et surtout la présence du catarrhe lacrymal justifiaient mes doutes, et je ne pouvais penser qu'une rigoureuse asepsie suffirait. Quand l'oculiste peut-t-il affirmer qu'il a détruit tous les germes de l'œil. J'ai donc pesé ainsi les arguments pour ou contre la dépression de la cataracte et je me suis décidé en

faveur de celle-ci..., mais soit que je me sois servi d'une aiguille trop courte, ou que j'aie craint d'enfoncer trop profondément la lentille ou que je ne sois pas assez familiarisé avec la technique opératoire, je ne sus assez bien mener l'opération pour éviter la réascension des cataractes. J'eus par conséquent l'ennui de voir, peu de temps après, la réascension des deux cataractes, qui s'effectua à un intervalle de quelques jours à peine : le champ pupillaire de chaque œil était occupé presque en totalité, en sorteque je dus déprimer à nouveau. Et j'obtins alors un résultat excellent.

Depuis le mois d'octobre jusqu'à aujourd'hui (20 décembre), j'ai pratiqué deux nouvelles dépressions de cataracte avec un résultat excellent.

Observation VIII.

Chez un homme de 66 ans. — Large leucome adhérent inférieur et cataracte chronique des voies lacrymales. — Iridectomie optique qui découvre un cristallin cataracté — Abaissement. — Résultat satisfaisant.

(Rampoldi. Pavie, 1886).

Un paysan de 66 ans est reçu dans la section ophtalmologie de l'Hôpital de Pavie. Cet homme avait perdu depuis plusieurs années son œil droit à la suite de kératite avec hypopyon, compliquée de dacryocystite purulente. Il ne lui restait de cet œil qu'un moignon indolent.

Peu de mois avant son arrivée dans le service, il avait eu une affection semblable à l'œil gauche. Cet œil s'était guéri, gardant un large leucome adhérent qui occupait les deux tiers inférieurs de la cornée. Un bon secteur d'iris sain apparaissait pourtant derrière la partie transparente de la cornée. Le malade présentant du catarrhe chronique des voies lacrymales en relation avec une altération de la muqueuse nasale d'où émanait une odeur fétide, je me pro-

posai de soigner ces dernières, avant de faire une iridectomie optique. Cette dernière lui donna un peu de vision, mais, derrière la nouvelle pupille, je vis la lentille cristallinienne opacifiée du centre à la périphérie.

Que restait-il à faire ? Je n'hésitai pas longtemps et abaissai la cataracte. Aucune réaction ne s'ensuivit, et le patient dix jours après quittait l'hôpital dans des conditions de vision relativement bonnes. En effet, il voyait assez bien les objets rapprochés et pouvait se mouvoir seul dans les salles et les corridors sans heurter les personnes.

Observation IX.

Réclinaison d'une cataracte mûre compliquée de dacryocystite chronique. — Réussite complète.

(Rampoldi. Pavie, 1886).

La dernière dépression de la cataracte, je la pratiquai dans la première moitié du mois de décembre courant, sur un paysan de 60 ans, de Bastide, reçu aussi dans mon service. Il s'agissait d'un individu en mauvais état de santé, souffrant de dacryocystite bilatérale chronique, atteint de deux cataractes mûres. Je pratiquai seulement la réclinaison à l'œil gauche et j'obtins la réussite la plus désirable. Il y eut une pupille ronde, noire, mobile, à travers laquelle le sujet voyait si bien qu'il jugea inutile une autre opération à l'œil droit. Telle est mon opération dont je fus si content. Plus content encore, quand, me trouvant au Congrès d'oculistique à Genève, au mois d'octobre dernier, je pus de nouveau m'assurer, par une communication du professeur Businelli, que ce clinicien insigne avait toujours conservé ses premières idées sur la dépression...

Observation X.

Un cas de réclinaison de cataracte. — Vision parfaite 13 ans après.

(Barret. Melbourne, 1894.)

Une veuve âgée de 60 ans assure n'avoir jamais souffert de rien. Il y a 13 ans et 1|2, elle avait subi une opération par réclinaison pour cataracte. Elle fut faite sur son œil gauche par un oculiste indien. Aucun anesthésique ne fut employé et la vision suivit immédiatement l'opération. Cette malade n'a jamais eu de trouble à l'œil gauche depuis l'opération, sauf de légères douleurs sus-orbitaires, et un larmoiement rebelle.

Examen = ... OG = conjonctivite chronique légère, cornée claire, chambre antérieure normale, iris en bon état, tremblotant ; les pupilles réagissent bien à la lumière ; pas d'opacités du vitré. En avant et en bas on voit la marge de l'iris, des débris de cataracte, reposant sur le corps ciliaire. Fond d'œil normal ; verres prescrits = + 11 sphérique, + 2.50 cylindre horizontal.

Observation XI.

Hémorragie expulsive après l'extraction de la cataracte. — Réclinaison du cristallin sur l'autre œil.

(Valude. *Société française d'ophtalmologie.* Janvier 1899.)

J'ai éprouvé, il y a quelques semaines, l'ennui de voir, chez une de mes malades, se produire une hémorragie expulsive aussitôt après une opération de cataracte. Cet accident, qu'on ne peut prévoir et qui est toujours suspendu sur la tête des opérateurs, ne m'était pas encore arrivé, malgré une pratique déjà un peu longue et surtout très chargée en opérations.

Toutefois, j'ai pu, dans une certaine mesure, me consoler de ce qui s'était produit, car cet évènement m'a permis d'exécuter une opération qui, je pense, est trop abandonnée ; je veux parler du déplacement de la cataracte. Voici l'observation de ma malade :

Mme Ch..., âgée de 73 ans et atteinte de double cataracte sénile complète, n'offre rien dans son état qui soit anormal.

Ses cataractes ont le caractère des cataractes séniles avec une assez grande abondance de masses molles ; l'iris est mobile et sensible à la lumière ; il existe une bonne projection et le tonus oculaire est normal.

Du côté de l'état général, rien non plus à relever ; le cœur bat normalement et la patiente n'est pas plus sénile que son âge le comporte.

Le 3 novembre 1898, je pratique l'opération de l'œil gauche après cocaïnisation et selon ma méthode habituelle.

Extraction sans iridectomie, facile, et bonne sortie des masses molles, qui s'évacuent simplement sans trop ni trop peu de facilité. L'iris est remis en place et la pupille apparaît bien noire.

A ce moment, sur le point d'appliquer le pansement, à un dernier coup d'œil, j'observe que l'iris s'est hernié en totalité, *sans un mouvement, sans une parole, de la part de la patiente, sans un effort et sans la moindre douleur*. Je m'attends à la sortie du vitré, et en effet, en quelques secondes, je vois celui-ci se présenter et sortir abondamment, toujours sans efforts de la patiente.

Je prévois dès lors une hémorragie expulsive que j'annonce à mes assistants ; j'applique néanmoins un pansement compressif.

Au bout d'un quart d'heure, le pansement est, en effet, taché de sang ; je l'enlève et je trouve la cavité conjoncti-

vale distendue par un énorme caillot sanguin. Je nettoie l'œil, et, pour arrêter l'hémorragie, je pratique deux points de suture entre le lambeau cornéen et la conjonctive bulbaire ; pansement compressif.

Pour en terminer avec cet œil, disons que, huit jours après, au moment où j'enlève les fils, il subsista encore un suintement sanguin au niveau de la plaie suturée ; d'ailleurs cet œil, grâce à la suture, conservera une forme et un volume satisfaisants.

Quelle conduite tenir vis-à-vis de l'autre œil atteint de cataracte également complète, étant donnée l'hémorragie expulsive, à laquelle nous venions d'assister....

Je résolus de pratiquer la réclinaison de la cataracte par la voie scléroticale, qui était l'opération le plus en faveur avant que l'extraction fût adoptée. Seulement, comme il s'agissait ici d'une cataracte revêtue de masses molles abondantes, je ne voulus pas pratiquer le déplacement avec la seule aiguille dans la crainte de déchirer la capsule, accident toujours redouté des anciens opérateurs. N'ayant pas, comme eux, la crainte d'introduire plusieurs instruments dans le globe, je me disposais à adopter, comme procédé opératoire, celui de Gensoul (de Lyon), modifié par Desmarres, et dérivé lui-même de la pratique des anciens médecins arabes et égyptiens. Ce procédé consiste à ouvrir la sclérotique à quelques centimètres en arrière du limbe avec un fin couteau et à introduire par là et derrière l'iris une curette destinée à réduire le cristallin. Cette curette, n'étant ni pointue, ni tranchante, ne peut pas diviser la capsule du cristallin ni se planter dans celui-ci, comme il arrivait si souvent avec l'aiguille simple.

L'opération fut très facile et très peu douloureuse. Le cristallin fut récliné en masse, maintenu, selon le précepte,

quelques secondes en place, puis abandonné ; il ne remonta pas. Sa pupille apparut bien noire.

Les suites furent aussi simples que possible. Pas l'ombre de douleur ni de rougeur de l'œil ; pas de ces vomissements relatés par les anciens auteurs. On aurait pu laisser l'œil à découvert après quarante-huit heures.

Au bout de huit jours, la malade sort sans bandeau ; V= 1/3 avec sph + 12 D ; avec + 15 elle lit le journal ; pupille noire, léger iridonesis. En examinant l'œil droit à l'ophtalmoscope, je trouve alors la raison probable de l'accident survenu à l'autre œil. Il existait une excavation papillaire notable et des vaisseaux tortueux avec une papille pâle. En somme, un glaucome chronique simple sans élévation du tonus, ce qui est souvent la règle, et une diminution concordante de l'acuité visuelle.

Décembre. — Un mois et demi après l'opération, les nouvelles sont toujours excellentes. L'opérée voit très bien de son œil et n'en a jamais souffert. Son œil atteint d'hémorragie, par contre, est douloureux.

Observation XII.

(Inédite).

Réclinaison d'une cataracte complète chez une névropathe atteinte de bronchite chronique. — Résultat excellent.

(Clinique ophtalmologique de Montpellier. Janvier 1901).

Le 14 octobre 1899, entre à l'hôpital une malade de 55 ans, originaire de Russie.

Elle présente, à l'œil gauche, une cataracte complète sans complications annexielles et sans altération du fond de l'œil. La vision avait diminué progressivement et sans douleurs.

Depuis son enfance, la vision au loin était indistincte, la vue de près, au contraire, très nette. En examinant l'œil

droit, on trouve, en effet, une myopie de 8 dioptries sans staphylome postérieur.

La malade est une grosse nerveuse. Elle n'a jamais présenté de crises convulsives, mais on constate de l'anesthésie pharyngienne et surtout une irritabilité générale excessive. De plus, elle est soignée, depuis 4 ou 5 ans, d'une bronchite chronique, s'accompagnant de quintes de toux très violentes, avec expectoration muco-purulente très abondante.

Le pansement d'essai, fait les premiers jours de son arrivée à la Clinique, donne lieu à un délire violent ; la malade arrache son pansement et déclare ne plus vouloir supporter le moindre bandeau.

Elle est alors envoyée à l'hôpital Suburbain dans un service de médecine, où elle est soignée pendant 2 mois.

Mais, au bout de ce temps, elle revient à la Clinique, réclamant instamment l'intervention opératoire.

Mais son état nerveux et bronchitique s'était peu amélioré, et M. le professeur Truc décide de pratiquer l'abaissement qui répondait ici à une des indications indiquées dans les « Nouveaux Eléments d'Ophtalmologie », de Truc et Valude.

L'opération est faite en janvier 1901.

La malade étant couchée, l'opérateur, muni de l'aiguille à abaissement, pénètre par la sclérotique à 4 millimètres en dehors du limbe scléro-cornéen et 2 millimètres au-dessous du diamètre horizontal. La réclinaison est faite sans difficultés et la cataracte s'est maintenue très bien en bas et en dehors dans le globe oculaire.

Les suites opératoires sont simples ; pas la moindre réaction inflammatoire ne survient.

Quinze jours après l'opération, on prescrit des verres à la malade. Des verres convexes très faibles permettent une acuité de 0,4 à 0,5.

La malade sort, peu de temps après, de la Clinique tout heureuse du résultat.

Elle est retournée pour la troisième fois au mois d'avril : elle avait une cataracte secondaire capsulaire qui diminuait notablement sa vision. Une discision est pratiquée et l'acuité visuelle remonte aussitôt à 0,5 ; la pupille est bien noire, l'ensemble de l'état oculaire satisfaisant.

Signalons toutefois une irritabilité particulière de l'œil opéré : rouge par intervalles et impressionné facilement par la lumière, mais cette particularité n'a pas persisté.

Nous avons eu, depuis son départ, des renseignements sur cette malade ; ces bons résultats s'étaient parfaitement maintenus.

Observation XII.

(Inédite).

Abaissement d'une cataracte sénile incomplète, compliquée d'état lacrymal et de catarrhe conjonctival chronique, chez un sujet nerveux atteint de bronchite chronique et d'hypertrophie prostatique. — Résultat opératoire satisfaisant, compromis par la luxation dans la chambre antérieure, survenue deux mois après l'opération.

(Clinique ophtalmologique de Montpellier).

Dès les premiers jours du mois de février 1900, entre à la Clinique de Montpellier un malade de 68 ans, plombier au gaz, originaire de Ganges (Gard), pour y subir l'opération de la cataracte.

Ce malade souffre d'une bronchite chronique depuis de longues années ; de temps en temps, il a, en plus, des poussées aiguës de bronchite ; la dernière poussée date de deux mois, elle a nécessité un séjour au lit très prolongé.

Le début de la diminution de la vue remonte à 8 ans. Progressivement et sans douleurs, la vue a baissé à l'œil gauche ; du côté droit la diminution date de 4 ou 5 ans. Le

malade signale en plus un larmoiement très rebelle depuis longtemps.

A l'examen général, signes de bronchite chronique, avec emphysème, sibilants et ronflants, expiration prolongée et toux fréquente, très intense; le malade est indocile, nerveux, irritable.

L'éclairage oblique nous permet de constater une cataracte incomplète ODG.

VOD = Compte les doigts à 0.50.
VOG = Compte les doigts à 0.20.

Le pansement d'essai montre des sécrétions muco-purulentes abondantes. Un traitement institué contre cet état d'inflammation chronique des annexes de l'œil est presque sans résultat. Le cathétérisme des voies lacrymales est possible, mais la sonde doit rompre quelques points sténosés.

L'indocilité du malade, sa toux si violente, et enfin cet état des annexes contre-indiquent l'extraction et font penser à l'abaissement.

Le 12 février, l'abaissement est pratiqué sur OG, où M. le professeur Truc emploie la fine aiguille et fait la scléroticonyxis. La réclinaison se fait facilement. Mais, quelques instants après, en relevant la paupière, on s'aperçoit que la cataracte est remontée. Nouvelle scléroticonyxis immédiate, qui récline à nouveau la cataracte. Cette nouvelle position est définitive.

Pas de suites opératoires immédiates. Le 13 février, premier pansement, la pupille est bien noire, l'œil en bon état.

Mais, dans la nuit du 14 au 15 février, le malade est pris d'une violente crise de rétention d'urine. Le matin seulement, on fait le cathétérisme de l'urèthre, qu'on doit répéter deux fois par jour.

A l'examen de l'œil opéré, on constate une réascension partielle de la cataracte.

Le malade est renvoyé au bout de 8 jours dans un service de chirurgie pour y subir des soins vésicaux spéciaux. A son départ, il compte seulement les doigts placés en bas et en dehors.

Le 5 mars, on constate d'abord que la cataracte occupe la partie inférieure de la pupille, et en plus, des débris mobiles cataractés flottent à travers l'orifice pupillaire et font saillie dans la chambre antérieure.

Le 4 avril, après atropine, l'état oculaire est le suivant : V. = 2/50 ; l'association des verres cylindriques axe vertical de + 1.50 et sphérique de + 10 dioptries donne une acuité de 0,1, mais seulement quand le regard est fortement dirigé en bas. La cataracte occupe toujours la partie inférieure de la pupille.

Mais ces résultats satisfaisants sont bientôt compromis par une nouvelle complication. A la suite de violents efforts, la cataracte sort violemment du vitré et passe dans la chambre antérieure ; douleurs très violentes, qui cèdent difficilement aux calmants habituels ; l'extraction paraît s'imposer.

Malheureusement, la kératotomie, faite extemporanément par l'interne du service, donne issue à du vitré en assez grande quantité, et le cristallin se réduit dans le vitré.

Quelques jours après, les douleurs avaient cessé, le cristallin se trouvait à nouveau derrière la pupille, et l'iris était quelque peu dégénéré. Le malade voyait seulement passer les doigts devant l'œil à son départ.

Observation XIV.

(Inédite).

Abaissement d'une cataracte demi-molle. — Irido-cyclite consécutive avec poussée glaucomateuse.— Enucléation.

(Clinique ophtalmologique de Montpellier.)

Auguste S...., âgé de 64 ans, journalier à Cette, entre à l'hôpital le 26 novembre 1900, pour y être opéré de la cataracte.

L'interrogatoire nous permet de signaler des antécédents généraux importants : il y a 30 ans environ, poussées de rhumatisme articulaire subaigu avec gonflement articulaire et douleurs passant successivement aux diverses articulations des membres, ces crises de rhumatisme se sont montrées pendant 3 ans. Il y a 7 ans, bronchite aiguë qui a duré un mois, et depuis lors poussées de bronchite tous les ans, qui ont amené une bronchite chronique que présente actuellement le malade. Signalons encore de larges ulcères variqueux aux jambes qui ont duré pendant un an, aujourd'hui cicatrisés, des vertiges fréquents sans perte de connaissance avec le caractère du vertige artérioscléreux. Surdité presque complète à gauche, et à droite ouïe fortement diminuée. Malade habituellement nerveux, facilement irritable. Enfin, les antécédents éthyliques et tabagiques sont nets, facilement expliqués d'ailleurs par la profession de marin et celle d'employé chez un négociant en vins qu'a successivement exercées le sujet.

Au point de vue oculaire, nous apprenons qu'avant ces six dernières années, la vue était bonne, les paupières en bon état. A ce moment, la vue diminue à gauche, sans douleurs, progressivement, jusqu'à disparition complète, il y a 4 mois, de la vision, qui est devenue quantitative. Peu de

temps après, la vue diminue à droite, mais la cataracte a été plus lente à se former de ce côté. Depuis plusieurs années, le malade se plaint de larmoiement aux deux yeux ; le nez est souvent bien sec.

L'examen général nous permet de constater des artères dures, un éclat diastolique à l'aorte, de la bronchite chronique, des varices aux membres inférieurs, enfin un faciès variqueux général, avec le faciès apoplectique, les joues flasques, avec dilatation des veines sous-cutanées. En somme, de l'artério-sclérose généralisée et de l'arthritisme.

Au point de vue oculaire, on constate :

A l'œil droit, du larmoiement, de la conjonctivite, iris mobile. V = 2/50. Opacité cristallinienne lenticulaire incomplète. Voies lacrymales en mauvais état Cathétérisme possible, mais avec difficultés.

A l'œil gauche, larmoiement et conjonctivite intense, avec rougeur de la conjonctive palpébrale et bulbaire. Sténose lacrymale. Iris très mobile. Cataracte complète, avec lignes radiées, lenticulaire, sans ombre portée de l'iris V = 9, champ visuel normal.

A son entrée à l'Hôpital, traitement des voies lacrymales et de la conjonctive ; mais l'œil secrète encore beaucoup, le pansement d'essai reste toujours très sale. Toux fréquente, malade nerveux, serrant beaucoup et demandant à être opéré au plus tôt.

12 décembre. Opération de la Cataracte par abaissement. L'opération est pratiquée avec l'aiguille de Scarpa ; celle-ci a dû être introduite à deux reprises dans l'œil par la sclérotique, à 4 millim. environ en arrière de la cornée. La réclinaison a été difficile ; certes, le noyau s'est abaissé assez facilement dans le vitré, mais des masses sont restées nombreuses au-devant de la pupille, et on a dû faire du broiement qui n'a pas libéré complètement la pupille.

L'opération a été peu douloureuse, pas de douleurs dans la journée. Mais, le lendemain, de violentes douleurs ont commencé qui ont duré nuit et jour, et qui cédaient difficilement aux calmants généraux.

L'œil est injecté, les paupières œdématiées, la conjonctive bulbaire légèrement chémotique, tous les signes d'irido-choroïdite violente. En même temps, la tension est fortement augmentée. T. = + 1. Cet état est de si longue durée, et avec une telle intensité que l'on songe à faire une large sclérotomie postérieure, lorsque les douleurs semblent se calmer un peu, et le malade sort de l'hôpital le 13 janvier, un mois après son opération, un peu calmé ; la pupille est occupée par une masse blanchâtre constituée par des débris de cataracte et quelques exsudats. La vision est nulle, il n'y a pas même de vision quantitative.

Le malade, rentré chez lui, recommence à souffrir après 4 ou 5 jours et les douleurs reprennent avec une telle intensité qu'il revient à la clinique le 9 février. On constate alors le même état qu'au départ, sauf la diminution de la tension. T. = — 1. En présence de cet œil tendant vers l'atrophie, avec douleurs, l'énucléation s'impose, elle est faite quelques jours après.

15 février. — Les douleurs ont complètement cessé ; la plaie est complètement cicatrisée ; le malade sort le 16, après avoir choisi l'œil artificiel qu'il doit porter plus tard.

Observation XV.

Cataracte subluxée avec ramollissement du vitré. — Essai d'extraction avec trop petite incision cornéenne, qui ne permet pas la sortie du cristallin. — Abaissement pratiqué avec succès.

(Publiée par le Dr Roure, de Valence. Février 1901).

Le premier malade chez lequel j'ai pratiqué l'abaissement, avait une cataracte fort compliquée : subluxation du cristallin, tremblement de l'iris, ramollissement du corps vitré.

Ma première pensée fut de pratiquer l'abaissement, mais ayant eu plus d'une fois l'occasion d'extraire avec succès des cataractes analogues, et, regardant comme plus incertain le résultat donné par l'abaissement, je commençai l'opération par la méthode d'extraction ordinaire, faisant à dessein une section cornéenne petite à cause de la fluidité du corps vitré. Je fus peut-être trop prudent, car, ayant pu obtenir une présentation favorable de ce cristallin subluxé, ce qui constituait déjà une difficulté, je ne pus le faire sortir, à cause de son volume, par l'incision trop étroite que j'avais pratiquée.

Si le corps vitré avait été moins fluide, il eût été indiqué d'agrandir l'incision avec des ciseaux mousses et d'extraire le cristallin avec l'anse de Snellen ; mais l'issue facile de ce vitré, très fluide, dès que le cristallin cessait d'être maintenu appliqué contre la section, me fit considérer cette manœuvre comme dangereuse. J'enlevai l'écarteur, je fis le pansement et prévins le malade que je terminerais l'opération dans une quinzaine de jours.

Après cette première intervention, le cristallin avait à peu près repris sa position primitive, laissant cependant, grâce à l'augmentation de la luxation, une petite pupille supéro externe, insuffisante d'ailleurs, pour donner une vision utilisable.

Deux semaines après, je pratiquai l'abaissement par ponction rétro-irienne et logeai le cristallin derrière l'iris à la partie inférieure du globe.

Cette manœuvre fut suivie, probablement à cause de l'âge du malade (70 ans), d'un peu d'hypertension oculaire que je m'efforçai de diminuer à l'aide de la pilocarpine ; pendant près d'un mois, le malade accusa quelques douleurs périorbitaires. Au bout de ce temps, je pus le munir de lunettes

lui donnant une bonne acuité visuelle. Il pouvait lire les caractères ordinaires.

Je considérais ce malade comme guéri, lorsque, six mois après, au début de l'hiver humide que nous venons de traverser, il eut une atteinte de rhumatisme articulaire (c'est un rhumatisant avéré) suivie d'une poussée d'irido-choroïdite dans l'œil opéré, dont la vision fut, de ce fait, un peu diminuée.

Le salicylate de soude ayant amené une sédation assez rapide des douleurs, je crois pouvoir attribuer cette complication non à la méthode opératoire, mais à l'infection rhumatismale qui a trouvé dans l'œil opéré un lieu de moindre résistance.

Observation XVI.

Discision d'une cataracte chez une femme de 25 ans, subluxation opératoire.— Abaissement dix jours après.— Vision parfaite.

(Publiée par le Dr Roure, de Valence. Février 1901).

Le second cas concerne une jeune femme de 25 ans, mère de quatre enfants, atteinte de cataracte complète à gauche et cataracte au début à droite. L'âge de la malade et l'aspect nacré de sa cataracte me firent porter le diagnostic de cataracte molle. Je décidai, selon la méthode que j'emploie ordinairement dans des cas analogues, de pratiquer d'abord la discision de la cataracte gauche, et quelques jours après l'extraction des masses cristalliniennes molles, soit par expression, soit par aspiration. Mais la tentative de discision que je fis, m'obligea à modifier mes projets.

L'aiguille à discision rencontra, en effet, un cristallin corné, véritable cataracte sénile, dure et volumineuse, dans laquelle elle s'enfonçait à peine et qui, au lieu de se disciser, se luxa. Dès ce jour, la malade eut une vision assez bonne,

car j'avais provoqué ainsi une luxation assez forte, qui constituait en réalité un demi-abaissement de sa cataracte. Je n'avais plus qu'une ressource : c'était de l'abaisser en entier. C'est ce que je fis une dizaine de jours après.

La malade n'a jamais eu la moindre réaction ; pas de cercle périkératique, pas de douleurs périorbitaires ; actuellement, munie de lunettes, elle jouit d'une vision parfaite ; elle peut lire, coudre et vaquer à toutes ses occupations. Elle porte de près un verre de + 15 dioptries et de loin un verre de + 10 dioptries.

CONCLUSIONS

1° L'abaissement de la cataracte, qui a été en faveur pendant de si longues années, est tombé dans le plus regrettable discrédit. Quelques chirurgiens actuels pensent, toutefois, que cette méthode peut donner, dans quelques cas, des résultats satisfaisants ;

2° Le manuel opératoire est fort simple ; la réclinaison par scléroticonyxis doit être ordinairement pratiquée ; les complications post-opératoires sont surtout graves, difficiles à prévenir ; c'est l'infection, la réascension, la luxation dans la chambre antérieure, la cataracte secondaire, quelquefois le glaucome et l'ophtalmie sympathique ; mais ces accidents sont relativement rares, et le chirurgien, par une intervention secondaire, pourra souvent les faire disparaître ;

3° Les résultats anciens sont relativement heureux, les statistiques satisfaisantes. Les résultats actuels ne portent que sur un très petit nombre d'observations ; cependant les chirurgiens, qui ont quelque expérience à ce sujet, concluent aux bons effets de cette opération ;

4° Les indications sont toutes relatives.

L'abaissement pourra être pratiqué :

a) Par crainte d'hémorragie expulsive, quand cet accident s'est produit sur un œil opéré par extraction et si on redoute semblable accident pour le second ;

b) Par crainte d'infection, quand les annexes de l'œil présentent une suppuration chronique.

c) Par crainte d'indocilité du malade, chez les hystériques, les épileptiques, les délirants, les paralytiques généraux.

d) Quelquefois enfin, par crainte d'efforts involontaires chez les vieux tousseurs, les prostatiques, etc., ou d'issue du vitré, si celui-ci est dégénéré et si une opération bénigne, comme une iridectomie, s'est antérieurement accompagnée de cette complication.

Mais on s'abstiendra, en général, de la réclinaison chez les sujets porteurs de cataractes molles ou même demi-molles, chez les sujets jeunes, dans les cas où l'essai antérieur d'abaissement sur un œil n'a pas été heureux, les causes de non-réussite paraissant difficiles à écarter pour le second ; enfin, sur les yeux menacés de glaucome, chez des artérioscléreux hypermétropes.

BIBLIOGRAPHIE

Hippocrate. — Œuvres complètes, traduites par Littré, en 1839.

Celse. — De la médecine; livre VII ; cap. VII ; n° 14.

D'Egine (Paul). — De oculorum morbis.

Avicennes. — Lib. III ; Tract. 4, cap. 19.

1585. Guillemeau (Jacques). — Traité des maladies de l'œil, Paris.

1649. Guy de Chauliac. — La grande Chirurgie. Rouen.

1690. Mayerne-Turquet (Theod). — Praxis medica. Lond.

1707. Grueberus (E). — De depositione cataractae. Basileæ.

1709. Brisseau. — Traité de la Cataracte et du Glaucome. Paris.

1713. Heister. — Traité de la Cataracte, du Glaucome et de l'Amaurose.

1721. Magnet. — Biblioth. chirurg., tom. I, pag. 503. Genève.

1725. Petit (Etienne Pourfour du). — Dissert. sur l'opérat. de la Cataracte. In mem. de l'Acad. des sc., pag. 6.

1726. Petit (Etienne-Pourfour). — Mém. dans lequel on détermine l'endroit où il faut piquer l'œil dans l'opér. de la cat. In mem. de l'Acad. des Sc., pag. 262.

1728. Le Moine. — Quæstio medico-chirurgica an deprimendæ cataractæ expectanda maturatio ? Parisiis.

— Henckel. — Dissert. medic. Francofurti ad Viadrum.

— Boyer (J.-B.). — An deprimendæ cataractæ expentenda maturatio. Thèse de Paris

1730. Lehoc. — An præcavendæ cataractæ oculi paracentesis? Thèse de Paris.

1740. Maitre (Jean) — Maladies de l'œil. Paris.

1746-1748. Boerhaave. — De morbis oculorum.

1746-1762. Daviel (Jacques). — Articles du Mercure de France. Mémoires de l'Académie de Chirurgie. Paris.

1748. Quelmalz. — Depositionis cataractæ effectus. Lipsiæ.

1750. Palluci — Description d'un nouvel instrument propre à abaisser la Cataracte. Paris, pag. 121.

— Heister. — Instit. Chir. Amsterdam, pag. 569.

1751-1752. Hope (T). — Extracts of two letters concerning M. Daviel's method of couching a cataract. Phil Tr. Lond. XLVII, 530 533,

1752. Thurand. — An in cataracta potior lentis cristallinæ extractio per incisionem in cornea quam depressio per acum. Thèse de Paris et in Haller Coll. diss. Chir., tom. II, n° 38.

— Gentil. — Pousse, prœs. An in deprimenda cataracta ipsius capsula inferne postice imprimis secanda est. Thèse de Paris, et in Haller : Coll. dissert. chir. tom. II, n° 39.

— Jussieu. — An extractio lentis potior depressione. Thèse de Paris.

— Palucci. — Methode d'abattre la cataracte. Paris.

1753. Buchner. — De cataracta omni tempore deponenda. Halæ.

1755. Buchner. — An oculi punctio cataractam præcaveat ? Prœs. Pet. Lehoc, resp. A. T. Leo Col de Villars, in Haller, Desputat. chirurg. Lausann, 4° tom. II, pag. 157.

1759. Martin (Petrus Dyonisius). — De variis cataractam extrahendi modis. Paris.

1760. Schürer (Louis). — Non in curatione suffusionis lentis cristallinæ extraxio depositioni sit preferenda. Thèse Strasbourg.

1762. Beer. — Traité des maladies des yeux. Vienne.

1766. Taylor. — Nova nosographia ophtalmica.

1767. M. de Saint-Yves. — Maladies des yeux.

— Jéricho. — Diss. sistens modum sectionis oculi in cataracta instituendæ, variasque circa ophthalmotomiam cautelas Trajecti ad Rhenum.

1768 Colombier. — An pro multiplici cataractæ genere multiplex encheiresis. Thèse de Paris

1769. Guérin. — Traité sur les maladies des yeux. Thèse Lyon.

1772. Janin. — Mémoires sur l'œil et les maladies de cet organe.

1773. Richter. — Abhandlung von der Ausziegung des Staares Goettingen.

1775. Warner (Joseph). — Description. of the human eye and its

adjacent parts together with their principal diseases and the methods proposed for relieving them. London.

1776 Buddeus. — De cataracta; depressionem lentis una cum capsula plerumque præferendam esse extractioni. Ienæ.

1778. Caille. — An depressioni cataractæ sua laus. Thèse de Paris.

1779 Cusson. — Opération de la Cataracte, Montpellier, in-4°, pag. 41.

— Percival Pott. — Remarques sur la Cataracte, pag. 509.

1780. Velpeau. — Leçons orales de Clinique chirurgicale faites à l'hôpital de la Charité, tom. I, pag. 317.

1783. Pellier de Quengsy.— Recueil de mémoires et observations sur l'œil.

1785. Hartmann. — Emendatior cataractæ deponendæ methodus. Francof.

— Ludwig (C -F.). — De suffusionis per acum curatione. Lipsiæ.

— Willburg. — Betrachtung über die bisher gewöhnlichen. Operationen des Staars. Nürnberg.

1786 Wenzel. — Traité de la Cataracte.

— Gleize. — Nouvelle observation sur les maladies de l'œil. Paris.

— Zirotti (G. B.). — Della cateratta e sua depressione. Como.

1788. Sparrow. — Observation sur l'extraction et l'abaissement de la Cataracte faits à la même personne. J. de méd. chir. pharm , etc. Paris, LXXVII, 260-264.

1797. Reil J.-Ch.). — Diss. de oculi suffusionum curationibus antiquis et hodiernis. Halæ.

1801. Earle. — An account of a new mode of operation for the removal of the opacity in the eye, called cataract London.

1802. Scarpa.—Traité des maladies des yeux (Traduction Leveillé). Paris.

— Lacournere. — Opération de la Cataracte et parallèle entre le procédé de Scarpa et celui de Wenzel. Thèse de Strasbourg, tom. I, n° 70.

— Leveillé. — Extrait d'une lettre sur l'opération de la Cataracte pratiquée par le professeur Scarpa .Rec. périod. Soc. de méd. de Paris, XII, 393-421.

1803. FRIEDLANDER. — De optima cataractæ medendi methodo chirurgica. Erfordiæ.

— MAYSSONABE. — Cataracte, opération par extraction et par abaissement. Thèse de Montpellier, an XII.

— DEMOURS. — Journal général de médecine, tom. XVIII, pag. 228.

1804. POUTJER (L.-C.). — Dissertation sur les diverses méthodes d'opérer la Cataracte ; 4° Paris, an XII.

— ELSASSER (H. Fredr). — Ueber die Operation des grauen Staars. Stuttgart.

1806. GUÉRIN. — Opération de la Cataracte. Thèse de Paris, n° 30.

— PETIT. — Mémoires sur l'opération de Cataracte par abaissement. Bull. Fac. de méd. de Paris, I, 198-200.

— BUCHHORN. — Dissert. de Keratonyxide. Hal.

1807. DESGRANGES. — Histoire d'un abaissement spontané du cristallin, suivie de remarques sur l'opération de la Cataracte par abaissement. J. de méd. chir. pharm. Paris, XIII, 330-343.

1809. BEAUCHENE (fils). — Traitement de la Cataracte aux animaux. Paris.

1809-1811. WEINHOLD (Karl-Aug.) — Anleitung den verdunkelten Krystallköper im Auge des Menschen jederzeit bistimmt mit seiner Kapsel umzulegen. Meissen, Leipzig.

1810. PICHAUSEL. — Cataracte ; opération par extraction et par abaissement. Thèse Montpellier, tom. II.

1811. SPOERL. — Diss. maug. de cataractæ reclinatione et de Keratonyxide. Berol.

— BUCHHORN. — Die keratonyxiede eine gefahrtose Methode. Magdeb.

— LANGENBECK. — Biblioth. für chirurgie, 2 Band, 3 Stück, pag. 537, et Prüfung der Keratonykes. Gœttingen.

— GIBSON. — On the use of the couching-needle in infants of a few months old. Edinb. M et S. J., VII, 394-400.

1812. BEER. — Arnemanns magazin, pag. 184. — Jaeger., de Keratonyxide. Vien.

1812. TARTRA. — Opération de la Cataracte. Thèse Paris, n° 183.

— PONTIER. — Diverses méthodes pour opérer la Cataracte. Thèse de Paris, n° 229.

1813. HAAN. — Nouvelle méthode d'opérer la Cataracte, par Keratonyxis, Thèse Paris, tom. I, n° 1,

— MAGAIL. — Quelques propositions relatives à l'opération de la Cataracte par abaissement. Thèse Montpellier, tom. III, n° 8.

— MURET. — Opération de la Cataracte. Parallèle des deux méthodes (abaissement et extraction). Accidents qui peuvent les suivre. Thèse Strasbourg, tom. I, n° 384.

1815. PETIT. — Parallèle entre les deux méthodes d'opération : l'abaissement et l'extraction, n° 178.

— BONNARIE. — Dissertation sur les deux méthodes opératoires employées pour la cure de la Cataracte. Thèse Montpellier, tom. III n° 16.

— PELLIER.— Opération de la Cataracte par extraction. Recherches sur les méthodes d'abaissement les plus modernes. Thèse de Strasbourg, tom I, n° 475.

1816. ANCIAUX. — Cristallin opaque qui a passé dans la chambre antérieure et qui s'y est dissous. Clinique chirurgic. Liège, 130-136

1817. ADAMS — A Practical Inquiry into the Causes of the depression an of the Extraction of the Cataract. Lond.

1818. DÉMOURS. — Traité des maladies des yeux. Paris.

— GENDRE. — Diss. sistens diversarum cataractæ operandæ methodorum inter se comparationem. Landishuti

— EVERARD. — Inconvenients et avantages de l'extraction et de l'abaissement dans les opérations de la Cataracte. Thèse de Paris, n° 98.

1820. HELBROONN. — De variis cataractæ curandæ methodis. Berolini.

— ANDREÆ — Ueber die Lehre vom grauen Staar und die methoden denselben zu operiren. In Grœfe's ind Walther's. tom I.

— BONAVITA.— Sur le broiement de la Cataracte. Parallèle avec l'abaissement Thèse Montpellier, tom. II, n° 41.

1821. AMMON. — Ophtalmo-paracenteseos historia. Gottingæ

— VON AMMON. (F.-A) — Ophtalmo paracenteseos historia. Specimen medico-historicum, quo commentatur in varias hujus operationis ad cataractam sanandam methodos

hujusque institutas, et in instrumenta hunc in usum inventa. Gottingæ.

1821. Panizza — Annotazioni anatomico-patologiche. Sulla depressione della cateratta Pavia

— Laniscard — Cataracte et différentes méthodes de l'opérer. Thèse Paris, n° 193.

1822 Finck. — De depressione cataractæ Vindobonæ.

1823. Delarue. — Cours complet des maladies des yeux. Paris.

— Cloquet. — An in curanda oculi suffusione lentis cristallinæ extractio hujus depressione præstantior. Th. de conc. agreg. chir. Paris.

— Werneck. — Salzburg med. chirurg. Zeitung, I, pag. 124.

1826. Breton. — On the native method of couching. Tr. M. et Phys Soc. Calcutta, II, 341-382.

1827. Textor. — Dissertation sur la Keratonyxis, par Pugin. Paris.

— Tuffet. — Observations et Réflexions sur l'opération de la Cataracte et de la pupille artificielle. Thèse de Montpellier, tom. I, n° 10.

— Conand — Cataracte et son traitement Thèse de Paris

1828. Piegadi. — All' dottore Leopoldo Rubini per aver depresse le cateratta agli occhi di Albetta Boscovich Piegadi, versi ed i scrizioni del prete. Venezia.

— Eccard. — Parallèle des différentes méthodes d'opérer la Cataracte. Thèse Paris, tom. VII, n° 202.

— Twining (W). — On the use of the Hindostanee couching needle. J. Morb. Anat. Lond, I, 6-8.

1829 Mayer. — Dissertatio sistens cataractæ operationem perficiendi methodum, qua utitur Himly Rostochii.

— Nieberdig. — De diversarum cataractæ curandæ methodorum indicationibus. Berolini

1830. Lawrence. — Traité pratique des maladies des yeux. Paris.

— Weller. — Maladies des yeux Paris.

— Loubet (L. A.). — Cataracte, tom. I, n° 26. Thèse Paris.

— Quissac. — Des opérations de la Cataracte, de leurs avantages et inconvénients respectifs. Thèse Montpellier, tom. IV, n° 84.

— Brunet (A.). — Cataracte et procédé opératoire par abaissement. Thèse de Paris, tom. VI, n° 200.

1830. Guiramaud. – Cataracte, en particulier de l'abaissement et de l'extraction. Thèse de Paris, tom. IV, n° 142.

— Dubreuil. — Cataracte capsulo-cristalline. Opération par abaissement et broiement ; inflammation de la rétine, érysipèle à la face Arachnitis. Mémor. d'hôp. du Midi. Paris, II, 412-419.

1832-1834. Dupuytren. — Leçons orales de Clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris. Paris, 4 volumes.

1833. Bergeon. — De la réclinaison capsulo-lenticulaire ou nouveau procédé d'abaissement de la cataracte Thèse Paris

— Carron du Villards. — Considérations sur l'abaissement de la cataracte. Bull. gén. de thérap. Paris, 210-216.

— Carron du Villards. — De l'abaissement des cataractes molles et membraneuses, et de celles qui sont adhérentes à l'iris. Ibid., pag. 82-87.

— Espinasse (S.). — Opération de la cataracte. Thèse Paris, tom. VII, n° 232.

— Raleigh (W.-W.). — Modification of the oriental operation of couching. Tr. M et Phys. Soc. Calcutta, VI, 137-146.

1834. Hœler. — Manuel pratique d'ophtalmologie. Paris.

1835. Lelièvre. — De la cataracte et de la comparaison des résultats obtenus par les méthodes d'extraction et d'abaissement. Paris.

— Goyrand. — Gazette des Hôpitaux, pag. 318.

1836. Girin. — De l'inflammation de l'œil qui suit l'opération de la cataracte par abaissement. Thèse de Paris, tom. XII, n° 372.

1836-37. Blasius. — Operatio cataractæ. Klin. Ztslher f. Chir. u. Augenh. Halle, I, 17-27.

— Compérat. — Cataracte et son traitement par abaissement. Thèse Paris, tom. IX, n° 288.

— Ruete. — Verbessertes Verfahren bei der Scleroticonyxis. Holscher's Ann. f. d. gesammte Heilkunde, tom. III.

1837. Sichel. — Traité de l'ophtalmie, de la cataracte et de l'amaurose. Paris.

— Maunoir. — Essais sur quelques points de l'histoire de la cataracte. Mém. Soc. méd. d'Obs. Paris, I, 64-159.

— Bukajemski. — Quelques mots sur la cataracte et la méthode de déplacement. Thèse Montpellier, tom. IV, n° 123.

1837. Robertson. — Obs. on Extraction and Displacement of the Cataract, with Tables showing. In Edinb. med. and Surg. tom. XLVII, pag. 378.

— Von Camp (F.-L.). — Observations de deux opérations de cataracte par abaissement. Ann. de méd. belge. Bruxelles, III, 6-9.

1838. Carron du Villards. — Lettre à M. Petrequin. Annales d'Oculistique et Gynécologie. Charleroi.

— Vieta. — Metodo que debe preferirse para operar las cataratas. Bol. de med. cirurg. y farm. Madrid, V, 61.

— Petrequin. — Nouvelles remarques sur l'opération de la cataracte par abaissement. Ann. d'Ocul. Bruxelles, I, 115-122.

1838-1839. Gerson (P.). — Storia di cateratta, felicemente guarita mediante la reclinazione. Ann. univ. di med. Milano.

1839. Rognetta. — Cours d'ophtalmologie ou traité complet des maladies de l'œil.

— Lenoir. — Cataracte par abaissement. Thèse Montpellier, tom. III, n° 57.

— Barreda (M.-M.). — Varias observaciones de la operacion de la catarata por el metodo de inversion y depresion. Bol. de med. cirurg. y farm. Madrid, VI, 139-141.

1840. Von Camp. — Ann. Soc. de Méd. d'Anvers, Brux. I, 265-272.

— Van Camp. — Arch. de médecine belge. Brux. II, 229-236.

1841. Furnari. — Traité pratique des maladies des yeux.

— Ambroise Paré. — Œuvres. Paris.

1842-1843. Ansiaux. — Belladone employée dans un cas de réascension du cristallin. Bull. Acad. roy. de méd. de Belg. Brux. II, III, 251.

1843. Grandboulogne (Alph. de).— Mémoire sur deux instruments nouv. destinés à l'extract. et à l'abaissement de la Cataracte. Marseille.

— Roux. — Cataracte; parallèle des méthodes d'abaissement et d'extraction. Gaz. d. hop. Paris, 2e s., v. 226.

— Rodrigues. — Cristallin passé spontanément dans la chambre antérieure; absorption. Annales d'oculistique, Bruxelles, tom. IX, pag. 229-231.

1844. Sichel. — Annales d'oculistique.

— Bodinier. — Du choix d'une méthode pour l'opération de la Cataracte. Thèse Paris, tom. II, n° 124.

1844. Favre. — De la Cataracte et des indications où l'on doit préférer la méthode d'extraction, d'abaissement ou de broiement. Thèse Paris, tom. III, n° 213.

1844-1845. Fourquet.— Réflexions pratiques sur la Cataracte suivies de plusieurs observations d'opération par la méthode de l'abaissement. J. de méd. et chir. de Toulouse, VIII, 239-309

1844. De Abreu. — Dissert. sur un nouveau procédé pour la réclinaison et sur les résultats obtenus dans cette opération à l'Institut ophtalmique de Bruxelles. Cristallin remonté et passé dans la chambre antérieure 22 mois après la dépression de la Cataracte. Ann. d'ocul. Bruxelles, XII, 36. *Ibid.* 53-72.

1845. Petrequin. — Mélanges de chirurgie, pag. 210.

— Debrou.— Sur le passage du cristallin dans la chambre antérieure pendant l'opération de la cataracte par abaissement. Archives gén. de méd. 4e série, tom VII, pag. 265.

1845-1846. Sichel. — In Annal. d'Ocul., 3e série, tom. XIV et tom. XVI, pag. 50.

1845. Serre. — Opération de la Cataracte selon la méthode par déplacement faite avec succès, après 60 ans de cécité. Ann. d'Ocul. Brux., XIV, 224-226.

1845-1846. Wartson. — Historical and Criticae Remarks on the Operations for the Cure of Cataract. In Edinb. med. and Surg. tom. LXIV, pag. 389, et tom. LV, pag. 57, 347.

1845. Gerster. — Von der Wiederaufsteigung (Résurrection) der deprimirten Staarlinse. Med. Cor.-Bl. bayer Aerzte Erlang, VI, 544-551.

— Tavignot.— Parallèle entre les différentes méthodes d'opérer la cataracte. Gaz. d. hôp., 2e s., VII, 434.

1846. Serres. — Leçons Orales. Montpellier.

— Gosselin.— Etudes sur l'opération de la Cataracte par abaissement. Archives gén de Méd., tom. X, 4e série, pag. 56.

— Lacambre (A.-L.-C.). — Quelques considérations sur la cataracte et son traitement. Thèse Paris, tom. VIII, n° 73.

1846-47. Rulogez. — Cataractes par idiosyncrasie héréditaire, opérées avec succès par abaissement. Bull Acad. roy. de méd. de Belg. Bruxelles, VI, 218-221.

1847. Rulogez. — Also. Arch. de la méd. belge. Brux. XXIV, 52-54.

1847. Carron du Villards. — Guide pratique pour l'étude des maladies des yeux. 2 vol. Paris.

— Tavignot. — Traité clinique des maladies des yeux. Paris.

— Guépin (A.). — Note sur les résultats comparatifs de l'abaissement, et de l'extraction dans l'opération de la cataracte. Ann. d'Ocul. Bruxelles, XVII, 39-42.

— Heylen (J.-B.). Cataracte lenticulaire chez une femme de 74 ans; opération par abaissement. Ann. Soc. de méd. d'Anvers, IV, 14-18.

— Gosselin. — Etudes sur l'opération de l'abaissement de la cataracte. Mém. Soc. de Chir. de Paris, I, 616-664.

1848. Chambon. — Parallèle de l'abaissement et de l'extraction. Thèse de Montpellier, tom. IV, n° 64.

— Boyer (Lucien). — Mémoire lu à l'Académie de Médecine.

1849. Dousson. — Considérations sur les divers modes de traitement applicables à la cataracte. Thèse de Montpellier, tom. II, n° 21.

— Boyer. — De l'entraînement des parties antérieures du corps vitré pendant l'abaissement. Paris.

— Boyer. — Deux opérations de cataracte exécutées par le procédé d'abaissement (Répulsion anguleuse du cristallin). Union méd. Paris, tom. III, 290.

1850. Gosselin. — Rétablissement de la vision après l'abaissement. Archives générales de médecine, II, 156-163.

1850-51. Canton. — An eye removed from an old man after death, in which, twenty-five years previously, the operation of depression of cataract had been performed. Tr. Path. Soc. Lond III, 182.

— Nélaton. — Parallèle des divers modes opératoires employés dans le traitement de la cataracte Thèse d'agrégation. Paris.

— Gosselin — Annales d'Oculistique, tom. XXXV, pag. 192.

— Nélaton. — Parallèle des divers modes opératoires. Annales d'Ocul , XXIV, pag. 127.

— Heyfelder. — Staar-operation durch Reclination. Deutsche Klinik. Berlin, II, 311.

1851. Sebillotte. — Du traitement chirurgical de la cataracte. Paris.

1851. Manieri. — Su' casi di cateratti operabili e su'l metodo della depressione come e quando da preferirsi agli altri oggidi conoscuiti. Annotazioni teoretico-pratiche. Napoli.

— Sebillotte. — De la cataracte et son traitement. Thèse de Paris, n° 181.

— Coursserant. — De la prééminence de l'extraction sur l'abaissement dans l'opération de la cataracte. Gaz. des Hôp. Paris. 3 s. III, 221.

1852. Avrard (de La Rochelle). — Bulletin de la Société de médecine de Poitiers, pag. 14.

— Laugier. — Nouvelle aiguille à lame mobile pour l'abaissement de la cataracte. Gaz. des Hôp. Paris. XXV, 329.

1853. Reneman. — De depressione et extractione cataractæ inter se comparatis. Trajecti ad Rhenum.

— Jacob. — Cataracte. Traduit par Testelin. Annales d'Oculistique, tom. XXIX.

— Dingé. — Statistiques des résultats de l'opération de la cataracte pratiquée d'après des indications rationnelles. Thèse Paris, n° 294.

— Bechler. — De dislocatione lentis crystallinae. Lys.

1854-58. Desmarres. — Traité des maladies des yeux. Paris, tom. III.

1855. Denonvillers et Gosselin. — Traité des maladies des yeux. Paris.

— Magne. — Mémoire sur les heureux effets de la glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement. Gaz. méd. de Paris. 3. s., X, 595, 675.

— Peter et Vauverts. — De l'opération de la cataracte par abaissement, au moyen d'une aiguille double ou bifurquée. Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie, pag. 731.

— Von Graefe. — Sektionsbefund nach vorausgegangener Reclination. Arch. f. ophth. Berlin, ii 273-281.

1856-65. Mackenzie. — Traité des maladies de l'œil (Traduit par Testelin et Warlomont). Paris.

— Stellwag von Carion. — Note statistique sur la cataracte et ses diverses opérations. Ann. d'Ocul., tom. XXXVI.

— Frison. — Quelques mots sur l'opération de la cataracte. Thèse de Paris, tom. II, n° 273.

1857. Claparède. — Essai sur le traitement de la cataracte. Thèse Montpellier, tom. I, n° 16.

1857. MESTRE. — De la cataracte et de son traitement par abaissement. Thèse Montpellier, tom. VI, n° 91.
— PETREQUIN. — Remarques sur l'abaissement et le broiement. Annales d Oculistique, tom. XXXVIII.
— PETREQUIN. — Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale. Appareil oculaire.
— NIAULET. — Considérations pratiques sur la Cataracte et sur son abaissement. Thèse Montpellier, tom. I, n° 4.
— CHATIN. — Remarques pratiques sùr l'opération de la Cataracte par abaissement et par broiement. Annales d'Ocul. Roux, XXXVIII, 231-236.
1858. SOLOMON (J. V.). — The reclination of cataract With two needles. Ophth. Hosp. Rep., Lond., i, 219.
— GUÉPIN. — Dei diversi metodi che si possono usare per migliorare o guarire lo stato delle cateratte Gior. d'Oftal. ital. Torino, i 207-224.
— MAGNI. — Saggio statistico di operazioni di cateratta e considerazioni relative ai metodi operatorii Firenze.
— MAGNI. — Repr. from.: Tempo. Firenze.
1860. TEISSIER. — Du déplacement du cristallin et de son passage dans la chambre antérieure après l'opération de la Cataracte par abaissement. Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. Paris, VIII, pag. 288-291.
— SCHARTOW (E.). — Historia operationum ad cataractæ lenticularis sanationem spectantium. Gryphiæ.
— PAUVERT. — De la Cataracte et de son traitement. Thèse de Montpellier, tom. IV, n° 57.
1861. RITTER, — Folgen der Reclination und Discision. Af o, VIII, 1 tt. Ann. d'Oc., pag. 323.
— GOURIEL. — Résorption lente et progressive du Cristallin. — Des diverses méthodes da Scléroticonyxis. Gazette des Hôpitaux, n° 113. Annales d'Oculistique, tom. XLV, p. 166.
1862. WARTON-JONES. — Traité pratique des maladies des yeux, traduit par Foucher. Paris.
— SCHOLL (H.-J.). — De origine cataractam removendi methodorum quæ nunc in usu sunt. Gryphiswaldiæ.
— DEVAL. —. Maladies des yeux
— GRADENIGO (P.). — Dello spostamento della cateratta e d'un

nuovo ago-spatola per quest' operazione. Gior. d'Oftal. ital. Torino, v. 184-194.

1862. Magni. — Posizione anormale della cateratta; indicazione speciale alla reclinazione. Ebd. clin. di Bologna, 117-119.

— Smith. — Description of the native operation for depression of cataract. in India. Edinb. M. J., vii, 701-706.

1863. Matrion. — Des indications de l'opération de la Cataracte et du choix dans la méthode opératoire. Thèse Paris, tom. VII, n° 136.

1864, 1865. Farge.— Opération de la Cataracte au vi[e] siècle. Bull. Soc. de méd. d'Angers, 117-125.

1865. Bauerlein (A.). — Ueber Staar-operationem. Würzburg.

1866. Félix. — Parallèle de l'Abaissement et de l'Extraction dans l'opération de la Cataracte. Thèse Montpellier, tom. XI, n° 22.

— Fano. — Traité pratique des maladies des yeux, 2 vol. Paris.

— Marini. — Considerazioni sulla depressione della cateratta. Gior. veneto di Sc. med. Venezia, 3, s. 459-471.

1867. Dictionnaire médico-chirurg. prat., article Cataracte.

— Paoli. — Del metodo operatorio preferibile nei vari casi di cateratta sperimentale, Firenze, XX, 97; 555.

— Simi. — Sopra uno scritto del Prof. Cesare Paoli intitolato: Sul metodo operatorio preferibile nei varj casi di cateratta Brevi considerazioni. Lucca.

— Terson. — Analyse critique et indications des anciens et nouveaux procédés opératoires. Revue méd de Toulouse: 41, 75, 121, 168, 205.

1868. De Graefe. — Introduction à sa clinique ophtalmologique. Edition française publiée par Meyer, chez Baillière, Paris

1869-1870. Bouisson. — Leçons orales.

1870. Ceccaldi. — Considérations et réflexions sur la Cataracte. Thèse Montpellier, tom. VI, n° 72.

— Chitescu. — Essai sur la Cataracte et ses divers modes de traitement. Thèse Montpellier, tom. V, n° 61.

1871. Westhoff (C. H. A.). — De operatie der senile cataract, Utrecht.

1872. Brasil. — Tratamento cirurgica da catarata. Bahia.

— Caldas. — Tratamento cirurgica da cataracta. Bahia.

— Schmidt. — De operazao da cataracta. Bahia.

1872. DELACROIX. — Luxation du Cristallin suivie de glaucome aigu. Bull. Soc. méd. de Reims, tom XI, pag. 67.

1873 GOSSELIN. — Clinique chirurgicale de la Charité. Cataracte, tom. II.

— SOELBERG WELLS. — Traité pratique des maladies des yeux (Traduction). Paris.

1874-1875. CALHOUN (A. W.). — Report of tu entyseven operations for cataract, With remarks upon som of the modes of operating: Stlanta M. XII, 330-336. — Two cases of cataract. *Ibid*, 605.

1874. SANTOS FERNANDEZ. — Sobre la operacion de la catarata. Paris.

1875. BOULAZ. — Quelques considérations sur le traitement de la Cataracte et en particulier sur un nouveau procédé de De Wecker. Thèse Montpellier, tom. IX, n° 98.

— HUMBLOT (F.). — Du choix de la méthode de l'opération de la Cataracte. Thèse de Paris, tom. XII, n° 140.

— BRUTE fils. — Luxation spontanée du cristallin cataracté dans la chambre antérieure; extraction par l'incision linéaire ; irido-choroïdite purulente, phtisie du globe oculaire. France méd, Paris, tom. XXII, pag. 470.

— TESTA. — Osservazioni pratiche sull' operazione della cateratta col metodo della depressione. Clinica, Napoli, II 68-70.

— ELIAS. — Réhabilit. de la méthode de la réclinaison dans l'opér. de la Cataracte. Gazette méd. d'Orient.

1877. GROEFE et SŒMISCH.— Handbuch der Gesammten Augenheilkunde (Livre V).

— WARLOMONT. — Article Cataracte du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, direction Dechambre.

1878. BUSINELLI. — Vari metodi di operare la cateratta· Atti suad. med. di Roma, IV, fasc. I, 53-75.

— HOGG.— The cure of cataract and other eye affections. London.

— MAUREL.— Luxation spontanée d'un cristallin cataracté dans la chambre antérieure ; tentative d'extraction par la kératotomie supérieure ; pendant l'opération réduction du cristallin : réclinaison. Bull. génér. de thérap. Paris, XCV, 543-548.

1879. GOUPILLAT. — Contribution à l'étude de la Cataracte, des

rapports entre le diagnostic de la Cataracte et le manuel opératoire qui convient à sa nature. Thèse Paris, tom. XV, n° 533.

1879. De Wecker. — Thérapeutique oculaire, pag. 422. Paris, O. Doin.

— Trojano de Quintana. — Qué proceder es preferible para la operacion de cataratas? Cong. region. de cien. med. — 1882. Cadiz, 761-767.

— Prouff. — Luxation spontanée des 2 cristallins; glaucome chronique simple consécutif. Opération. J. Soc. de méd. et pharm. de la Haute-Vienne. Limoges, tom III, p. 117,-121.

1880-1889. De Wecker et Landolt. — Traité complet d'ophtalmologie. Paris, tom. III.

1883. Critchett. — A lecture on eclecticism in operations for cataract. Brit. M. J. Lond., ii, 955-957.

1884. Abadie. — Traité des maladies des yeux. Paris.

— Haas. — Ein geval van genezing van Cataract door Réclinatie. Nederlandsch tijdeschr. voor genneesk. Amst. XX, 105-108.

1885. Bonagente. — Conclusions du professeur Businelli sur la dépression de la cataracte. Rome.

1886. Rampoldi. — E ancora indicata in qualche caso la depressione della cateratta. Ann. di ottal. Pavia. XV, 423-428.

— Hirschberg. — Ueber Staaroperation Deutsche med. Wohnschr. Berl. XII, 301.

— Gotti. — Per la storia dell' operazione della cateratta. Riv. Clin. di Bologna. 3 s. vi 286.

1887-1888. Vian. — Les progrès accomplis dans le traitement de la cataracte et le procédé de choix. Thèse de Paris, tom. XVIII, n° 49.

— Businelli. — Cadutta d'un nucleo di cateratta nella camera anteriore 3 anni dopo l'abassamento nel vitreo; riduzione con manovre esterne e ristabilimento della vista. Spallanzini. Roma. XVI, 201-205.

1888. Gayet. — Congrès international d'ophtalmolog. tenu à Heidelberg. Rapport sur le traitement de la cataracte. 8-11 août.

— Jacobson. — Pathologie oculaire. Leipzig.

1892. Norrie. — Katarak depressionen i Skandinavien i sidste.

Halvdel af 18 de Aarhundrede. Nord. ophth. Tidsskr, Kjobentr. Iv. 1-28.

1894. Panas. — Traité des maladies des yeux. Paris.

— Barret. — A case of couching for cataract; perfect vision thirteen years afterwards. The Australian Melbourne Medical Journal. XVI, 381.

— Young (Th.). — Œuvres ophtalmologiques (Traduites par Tscherning). Copenhague.

1896. Truc et Valude.— Nouveaux Éléments d'Ophtalmologie.

1897. Fuchs. — Manuel d'Ophtalmologie.

1898. Mader (M.). — Weitere Beiträge zur Kenntniss der Endresultate nach Reclination. Wien. klin. Wchnschr., tom. XI, pag. 1145-1149.

1899-1900. Pourcines. — Des hémorragies intra-oculaires expulsives après l'opération de la cataracte. Thèse de Nancy, n° 53.

— Valude. — Communication et discussion. Bulletin de la Société d'Ophtalmologie, n° 1. Hémorragie expulsive après l'extraction de la cataracte. Réclinaison du cristallin sur l'autre œil.

1901. Roure. — Bulletin de la Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche. Deux cas d'abaissement de cataracte. Séance du 19 février.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 Mars 1901
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 Mars 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.